Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

MEDICAL

Digitized by Google

UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 021 573 724

A FINE OF 3 CENTS PER DAY IS
CHARGED FOR OVERDUE BOOKS.

Date Due

Library Bureau Cat. no. 1137

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. **Prof. Dr. R. Voltolini** und
weil. **Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel**

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

State University of Iowa
LIBRARY

BERLIN 1892.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Cobentz) in Berlin W.

Expeditionsbureau: Genthinerstrasse 32.

Digitized by Google

Digitized by Google

V. 26
1892

I. Sach-Register.

Abscess, ein Fall von bronchiectatischen, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre 176.
—, chronischer der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend 84.
—, der hinteren Trachealwand. Tracheotomie. Tod. Section. 259.
—, doppelter submucöser der Nasenscheidewand traumatischen Ursprungs 258.
—, infectiöser peripharyngealer 18.
— **paraauriculare**, zur Behandlung der — und der acuten Mittelohreiterung 278.
—, retropharyngealer bei einem Kinde 271.
Abtasten über das des Nasenrachenraumes 46.
Aetherisation bei Croup 116.
Affectionen des Ohres nach einfachen Operationen in der Nase 209.
Amygdalitis, langdauernde, subacute infectiöse 17.
Amygdalotom, neues 17.
Anästhaesie, die allgemeine, vermittelst Bromäthyl und die Art ihrer Anwendung 46.
Aneurysma, der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt 47.
—, des truncus brachio cephalicus der carotis communis etc. 262.
Aneurysma, spontanes, des truncus brachiocephalicus ets. 262.
Angina, Fall von infectiöser —. 363.
Angina, infectiöse, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend 16.
—, Ludwig'sche, ein Fall von 115.
—, oedematöse, acut entstanden nach innerer Anwendungs des Salols mit Exanthem 40.
—, phlegmonosa, über eine wenig gekannte Form der 116.
—, primäre erysipelatöse durch Streptococcus 49.
—, ulcerosa benigna, ein Fall der sogenannten 199.
Angiom des Larynxs mit Trauma 50.
Ansaugen, über das, der Nasenflügel 44.
Antipyrin, value of etc. 50.
Aphasie und Polyurie 329.
—, subcorticale motorische, Beitrag zur Lehre von der — und der cerebralen Localisation der Larynxcentren 18.
Aphonie, hysterische, ein Fall von. 50.
Aphrosonie. 360.
Aprittyria mit agraphie. 269.
Arteria vertebralis eine, im Pharynx sichtbar. 17.
Arthritis cricoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis einer 60jährigen Frau herrührend etc. 334.
Aspergillus mycöse der Kieferhöhle. 79.
Asthma nasales, mit circumscripten Haut-Oedem wechselnd. 169.
Athemmechanismus bei den Sängern. 302.

Digitized by Google

Athmungsmodus während des Turnen's. 212.
Atlas micrographischer, der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. 164.
— der Kehlkopfkrankheiten. 334.
Augenaffectionen intraoculäre im Gefolge von Nasenkrankheiten. 322.
Auscultationsschlauchhalter. 76.

Bacterien die, der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. 210.
Bacteriologie, Beitrag zur — der Diphteritis. 213.
Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. 43.
Baginsky'sche Poliklinik aus der — für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. 254.
Beitrag zur Aetiologie u. Therapie des Empyema Antri Highmori. 57. 93. 123.
— zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. 81.
— zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. 85.
— zur functionellen Prüfung des normalen Ohres. 107.
— zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen. 217.
— zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. 246. 281.
— zur Lehre von der Combination der Syphilis und der Larynxtuberculose. 178.
Bemerkungen zur Frage der Contractur der musc. ary-arytaenoideus. 301.
Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Gleitsmann. 357.
Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. 138.
Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. 6.
— über das zweite ohrenärztliche Lustrum. 42.
— über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle u. ausgeführten Operationen. 43.
Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. 351.
— über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. 139, 164, 204, 296, 310.
— über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892. 187, 225.
Bewegungen die, der Stimmbänder bei der Durchschneidung der Vagusnerven. 288.
Beziehungen über die zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose. 236.
Blutcyste im Kehlkopf. 172.
Blutegel im Larynx. 178, 266.
Blutungen bei Amygdalectomie und Zahnextractionen durch Anwendung des Cocains. 265.
Borsäuretherapie über die — der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. 111.
Bruch der Nasenscheidewand. 43.
Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. 116.

Cantharidеn über, äussere Anwendung von — bei Nasen- und Halskrankheiten. 160.
Catarrh acuter des Kehlkopfs. 173.
Catheterisiren das, der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. 76.
Catheter ein neuer für die Tuba Eustachii. 168.
Centralapparat über den — des Geruchssinnes. 80.
Charcot-Leyden'schen Crystalle über das Vorkommen der — in Nasentumoren. 80.
Chloroform bei Tracheotomie. 268.
Choanen, Verschluss der. 44.
Chorea laryngis ein Fall von geheilter 132.
Chromsäure über die locale Anwendung der — in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. 46.
Cocain, das, bei Behandlung der acuten Ohrenentzündungen. 357.
Contribution à l'étude des Otomycoses. 298.

Digitized by Google

Convulsionen nach Thyroidectomie. 264.
Creosotwein mit Chloroform. 214.
Cylinder medicinische für die Nase bei der Behandlung des Heufieber etc. 258.
Cysten über die des obern Nasenrachenraumes. 15.
— und Adenomen 8 Fälle von — des Corpus thyroideum durch Exstirpation behandelt. 50.
Cystenbildung über, in Stimmbandpolypen. 171.
Cystenfibrom grosses des Larynx. Endolaryngeale Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie. 176.
Cystenkropf, Thyroidectomie, Heilung. 175.
—, ungeheurer mit schneller Entwicklung. Thyroidectomie; Heilung. 175.

Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. 256.
Deviation der Nasenscheidewand. 258.
Dilatatorium permanentes doppelklappiges für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. 181.
Dilatationsspeculum für die Stimmbänder. 366.
Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage 148.
—, zur Therapie der —. 327.
Diphtherie und Creosot. 361.
Diphtheritis über. 148.
—, Uebertragen der — von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. 148.
—, ähnliche angine bei secundärer Syphilis nebst Beschreibung dreier Fälle. 304.
Druck atmosphärischer Wirkung des — auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. 21, 53.
Drüsen-Retentionscysten, zwei Beobachtungen über — der vordern Nasengänge. 112.
Dysphagie über einen Fall von — wahrscheinlich corticalen Ursprungs. 210, 267.
Dyspnoe über — bei Morbus Brightii. 82.

Einschliessung vollständige des Zäpfchen's ein Fall von —. 47.
Eiterung doppelseitige der Submaxillardrüsen. 170.
Electrolyse der Nasenscheidewand. 14.
Empyem ein Fall von — der Highmorhöhle durch Erysipel streptococcus verursacht. 236.
Empyem über die Häufigkeit des doppelseitigen latenten — der Highmorshöhle etc. 235.
Emphysem allgemeines, ein Fall von — durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. 81.
Epiglottisformen verschiedene im Laryngoscop gesehene. 179.
Epithelial-Geschwülste die malignen — der Nasenhöhle. 111.
Epithelioma des falschen Stimmbandes etc. 49.
Epithelioma primäres einer Mandel. 115.
Epithelioma der Schilddrüse mit pa logisch anatom. Befunde. 359.
—, cystisches, der Schilddrüse. 359.
Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. 242.
Erysipel des Kehlkopfes betreffend, einige Beobachtungen —. 326.
Exalgin im Spital Lariboisière. 213.
Excision, über die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der — des Trommelfells etc. 337.
Exstirpation ein durch halbseitige — bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. 325.

Fehler ein möglicher beim Valsalvaschen Versuch. 321.
Fibro-adenom der Pharynx- u. Larynxschleimhaut. 260.
Fibro-Myxoma of the nasopharynx. 80.
Folgen entfernte des Croup in der Tracheotomie. 304.
Fractur der Cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. Tod. Section. 268.
Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. 20.
— Fremdkörper über — im Larynx. 21.
— des Larynx und der Trachea beim Kinde. 21.
— während 38 Jahren im Larynx. 22.
— seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. 47.
— im rechten Bronchus. 49.

Digitized by Google

Fremdkörper, ein sehr unregelmässig gestalteter — im Verdauungstractus. 358.
— in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. 49.
— Verhalten bei Vorhandensein eines — in den oberen Luftwegen. 52.
— in der Trachea eines 1jährigen Kindes. Tracheotomie. Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. 52.
— im Oesophagus bei Kindern. 55.
— des Gaumensegels. 113.
— eingebildete im Halse. 146.
— in der Trachea; Laryngstracheotomie 179.
— im Oesophagus, Oesophagotomie, Heilung. 182.
— in der Speiseröhre. 183.
— im Oesophagus. Peroforation der Carotis. 212.
— zur operativen Behandlung der — in der Paukenhöhle. 233.
— der Speiseröre. 265.
— im Larynx. 266.
— der Trachea durch Tracheotomie entfernt. 266.
— in den Luftwegen. 266.
— in der Trachea. 329.
— im Larynx. 331.
— im rechten Bronchus. 331.
Furunculotom für den äusseren Gehörgang. 69.

Ganglientuberculose, Behandlung der —. 364.
Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. 214.
Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. 181.
— wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von 4 Jahren. 271.
Gaumengeschwulst. 365.
Gaumensegel, die Rolle des — während des Athmens. 15.
—, die Rolle des — bei Anstrengungen. 113.
Gehörgangsfurunkel, zur Therapie der —. 254.
Geschmacksempfindung, farbige. 267.
Geschwulste, eine seltene am Halse. 359.
Geschwülste, 2 seltene der Mundhöhle. 252.
—; gutartige der Highmorshöhle. 256.
—, — des Kehlkopfs. 261.
Geschwür, syphilitisches, perforirendes der hintern Nasenwand; Anfressen der Carotis interna, Tod. 146.
Gesichtskrampf, über einen — von der Nase aus geheilten —. 46.
Glottisoedem acutes während des Verlaufs von Mumps. 171.
Giftigkeit, über die — des Urins bei thyreoidectomirten Hunden. 362.
Gummata der Mandeln. 269.

Haematom, traumatisches des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. 178.
Halsfistel, totale angeborene, Exstirpation, Heilung. 263
Halsvagus, eine von Reizung des — abhängige Art von Schwindel. 51.
Halsweh in Wellington College. 145.
Halswirbelsäule, ein Fall von Verletzung der — etc. 324.
Herpes of the larynx, case of — 237.
Hirnabscess. operativ geheilter nach Otitis media acuta. 110.
Histologie, Beiträge zur normalen und pathologischen — der Nasenschleimhaut 143.
Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh. 107.
Hörverbesserung, beträchtliche, durch Entfernung des Steigbügels. 319.
Husten, hysterisches. 49.
Hypertrophie des hintern Segments der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. 15.
—, über einige, durch — der 4. Tonsille hervorgerufene Symptome. 325.
Hysterie. Spasmus laryngeus mit Asphagie. Tracheotomie. 268.

Ictus laryngeus. 176. 238.
Impfung, tuberculose, beim Hund 213.
Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. 78.
—, therapeutische, bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. 182.
Influenza, die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der —. 358.
Influenzabacillen, über die — bei Otitis media. 142.
Innervation des Musculus cricothyroideus. 17.

Digitized by Google

Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. 38.
— und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontalis, sphenoidalis etc. angewandt werden. 212.
Intubation des Larynx, bei acuten und chronischen Stenosen. 10, 35, 73, 103, 135.

Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. 317.

Kehlkopf. Befund bei einer traumatischen Neurose. 327.
— chorea. 174.
—-Erkrankungen nach Influenza. 174.
—-Exstirpation, totale und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis etc. 149.
—-Knorpelfracturen, Beitrag zum Studium der —. 324.
—-Spiegel, concave. 174, 175.
Kehlkopfbewegungen, über die graphische Darstellung der — beim Sprechen und Singen. 357.
Kehlkopfstriktur, über. 358.
Keratose circumscripte im Larynx. 117.
Knochenleitungsprüfung, zur Technik der —. 66.
Krebs der Schilddrüse. 303.
Kropf, Behandlung des — mittelst Jodoformäther. 270.
—, Druck eines, mit Oesophaguscarcinom verbunden. 183.
—-Exstirpation und deren Folgen. 175.
—, Klinische Studie über infectiösen, sporadischen. 175.
—, Verhältniss des einfachen, zur Basedow'schen Krankheit. 360.

Lähmung, doppelseitige, totale, der Larynxabductoren. 18.
— des Musculus cricothyroideus. 85.
Laryngeal chorea. 237.
Laryngealtumoren. Tracheotomie, Thyreotomie u. Exstirpation. Heilung. 119.
Laryngitis, catarrhalische, durch Radfahren hervorgebracht. 264.
— subglottica, schwerer Fall von — acuter. 215.
— —, Pathologie u. Behandlung der chronischen hypertrophischen. 51.
Laryngofissur, doppelte, wegen zwei Larynxtumoren. 20.
Laryngotrachealfractur, Verklebung der Stimmbänder, überzählige Glottis. 85.
Laryngotomia intercrico-thyroidea, drei Beobachtungen über —. 55.
— intercrico-thyroidea. 178.
Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior, über. 347.
Larynx-Abscess nach Scharlach. 334.
— adenom, ein Fall von — 264.
—-Blutungen, catameniale. 238.
Larynx-carcinom, mittelst Thyreotomie behandelt. 54.
— —, Beitrag zur Entstehungsgeschichte der —. 55
— catarrh acuter, mit Dyspnoe verbundener, beim Erwachsenen. 85.
— croup, primärer. 331.
—-Erkrankungen, plötzlicher Tod bei schweren —. 86.
—-Entzündungen bei Typhus. 260.
—-Fractur. 20. 152.
—-Geschwür, über Behandlung der — mit Resorcin. 118.
—-Gummi mit Asphyxie, Behandlung mittelst subcutaner Einspritzung von Quecksilberpepton. Heilung. 19.
— hygrome, Exstirpation eines — 23.
—-Lähmung labioglosso, einseitig, in Folge von Trauma. 262.
— —, hystertraumatische. 215.
— —, corticalen Ursprungs, über die Seltenheit der —. 332.
— lupus. 19.
— —. 2 Fälle von — der eine primär, der zweite secundär.
— myxomen, Beitrag zur Lehre von den —. 22.
— oedem, anatomische Untersuchungen über das —. 176.
— papillome bei einem dreijährigen Kinde etc. 19.
— — im Kindesalter. Spontane Heilung nach ausgeführter Tracheotomie. 177.
— — bei einem 3jährigen Kinde. 177.
— Paralysen corticale, die Seltenheiten der — betreffend. 300.
— perichondritis, eitrige, ohne sonstige Erkrankung des Organs. 19.
— Schwindel, ein Fall von —. 331.
— stenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei

Digitized by Google

einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. 20.
— —, Beobachtungen, geeignet zum Studium der neuropathischen — 51.
— —, syphilitische, durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. 51.
— —, acute, syphilitische. Operation durch Auskratzen, ohne Tracheotomie. 260.
— — nervösen Ursprungs. 238.
— symptom im Verlaufe des Morbus Brightii. 20.
—-Syphilis, tertiäre, Syphilis der Bronchien u. der Trachea etc. 177.
— tumor, Fall von Atrophie eines — bei einem Mädchen. 215.
— ganze, gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende. 18.
Larynx, Stecknadel im —. 364.
Larynxlähmungen, ein neues Symptom der —. 363.
Larynxpapillome, Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen. 367.
Larynxtuberkulose, über einen Fall von primärer. 360.
Lustkropf, ein Fall v n —. 267.
Lues-tarda laryngis im Kindesalter. 237.
Lupus der Wange, des Gaumensegels etc. 84.
Lymphadenom der Mandel. 48.
—, chirurgische Behandlung. 118.

Mandeln, überzählige. 48.
— - Entzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. Tod. 16.
— —, über — und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. 84.
—fieber und Purpura. 330.
—hypertrophie, Behandlung der —. 114.
—schanker, 4 Fälle von —. 16.
— —, 5 Fälle von —. 16.
Mediastinalabscess nach Tracheotomie. 21.
Menthol, weitere Erfahrungen über — bei Otitis externa etc. 70, 100.
— Dämpfe, Einathmungen von — bei Tracheitis. 181.
Messung des Geruchsinnes. 211.
Methode, eine, welche motorische, graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. 114.
Mikrophon, lässt sich das — zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden. 356.
Miliartuberkulose, Bemerkungen über acute — des Pharynx. 169.
Missbildung, angeborene, des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. 174.
Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schocker's. 54.
—, kurze, über den Gebrauch meines Salmiakdampfapparates. 107.
—, laryngologische. 236.
Mittelohrenentzündungen, über den Verlauf von eitrigen — bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. 232.
Modification des Gottstein'schen Ringes. 112.
Morbus Basedowi, Heilung eines. 178.
Morbus Ménièri, zum. 305.
Morgagnisches Ventrikel, Hervorstülpung des —. 334.
Morphologie, über die, und die Biologie des Soorpilzes. 82.

Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. 15.
— blutungen, Behandlung der schweren —. 210.
— deformation bei — Idiotismus. 328.
— diphtheritis, chronische, über —. 44.
— husten. 44.
— polypen zu entfernen, einfache und leichte Methode. 14.
— —, seltener Fall von —. 112.
— — im Alter unter 16 Jahren. 322.
— stein. 258.
— steine. 4, 258.
Natrium tetraboricum, kritische Bemerkungen über die Anwendung etc, 208.
Neccecin ethmoiditis the pathology and diagnost of —. 235.
Nervus laryngeus inferior, über die centripetale Leitung des — und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. 170. 261.
— vagus, über die centripetale Leitung im — und speciell im nervus laryngeus inferior. 326.
Neuritis, zur Lehre der primären — des Recurrens. 147.

Oesophagotomie, glückliche, wegen eines während 5 Jahre 9 Monate in

Digitized by Google

der Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. 119.
Oesophagus carcinom mit Dyspnoe beginnend etc. 183.
— Polyp. 211.
— strictur mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilt. 119.
— varices bei chronischem Alkoholismus. 181.
— verstopfung durch ein falsches Gebiss. 301.
Oesophagus, Fremdkörper des —, die Aorta durchbohrend. 366.
— diverticulum. 366.
— Tumor, bösartiger. 366.
Oesophagus von einer Nadel durchstochen. 360.
Oesophagusfehler. 360.
Ohr, Erkrankung des — bei Influenza. 75.
— husten. 208.
Operation einer überzähligen Mandel. 170.
—, über, zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit wie von Affectionen des Kopfes etc. 818.
Otitis, eitrige, und Hirnerscheinungen nach Tamponirung des Nasenrachenraumes bei schwerem Nasenbluten. 255.
— externa parasitäre. 256.

Papillom der aryepiglottischen Falte. 117.
Paralyse der Abductoren. 211.
Pathologie, zur, der entzündlichen Prozesse in den Tonsillen. 115.
Pemphigus mucosae zur Diagnose gewisser Hauptformen von — 157,
Perforationen, traumatische, des Trommelfelles. 167.
—, Bezold'sche, 2 Fälle von — des Antrum mastoideum. 168.
Perichondritis des Kehlkopfes, seltenere Form von — 117, 328.
Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Diphtheritis. 330.
Pflaumenkern in der Trachea. 52.
Pfundnase, Behandlung der sogenannten. 300.
Pharyngitis haemorrhagica. 169.
— acuta infectiosa phlegmonosa. 197.
Pharynxgeschwür, rundes. 81, 145.
— phlegmone infectiöse. 145.
Pharynxkrämpfe, clonische. 360.
Pharynxparästhesie, über. 145.
Pharynxpolyp. 18.
Phlegmone, infectiöse des Pharynx u. des Larynx. 169.
Physiologie, Einfluss der — auf die Gesangslehre. 146.
— der Stimme u. Erweiterung der Trachea bei Sängern. 269.
Pilocarpin, gute Wirkung des — bei schwerem Glottisoedem. 17.
—, gegen Trockenheit der Zunge. 113.
Polyp der Keilbeinhöhle. 45.
— fibromucöser. 52.
Posticuslähmung, Fall von doppelseitiger — durch Aortenaneurysma. 263.
Praxis, aus meiner. 185.
Produktionsmodus, über den — der menschlichen Stimme. 366.
Prophylaxis, über die — der Tuberculose. 53.
Prüfung der Schallperception durch die Knochen. 76.
Pyoktanin, über die Anwendung des — in der Ohrenheilkunde. 78.
Puls, der, am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. 170.

Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. 173.
Regeneration, zur Frage der — der Substantia propria und Trommelfellnarben. 89.
Resection, totale, aller Gesichtsknochen. 80.
Resorption, spontane, von Larynxtumoren nach Tracheotomie. 180.
Rhinolithiasis, 3 Fälle von. 79.
Rhinitis fibrinosa, zur Aetiologie der —. 45.
— hypertrophica und Amenorrhae. 322.
Riechschleimhaut, Beitrag zur Frage von der Specifität der Zellen in der thierischen und menschlichen —. 144.

Sarcom, ein Fall von — der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. 77.
— ein subpartibrales und retropharyngeales. 117.
— der Tonsille, Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. 301.

Digitized by Google

Sarcomata multipliciacutis et lymphosarcoma tonsillae, ein ungewöhnlicher Fall von —. 289.
Schilddrüse, neue Facta, welche zur Bestimmung der Rolle der — dienen. 362.
— Unschädlichkeit der Exstirpation der —. 362.
— Folgen der Exstirpation der —. 362.
Schilddrüse, vorläufige Bemerkungen über den physiolog. Effect des Saftes der —. 361.
Schleimpolypen der Nase bei einem Neugeborenen. 259.
Schlingakt, der — und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. 148.
Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx etc. 23.
Schwerhörigkeit, über die — der Kesselschmiede. 40.
Schwindel und Ohrenpfröpfe. 78.
Sclerose multiple, ein Fall von — des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. 172.
Sclerom zur Aetiologie des Rachens, des Kehlkopfs etc. 172.
Sinus maxillaris, über die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des —. 324.
Sinusthrombose, Beitrag zur —. 1, 28.
—, zur Geschichte der operativen Behandlung der — in Folge Otitis media. 207.
Sondirbarkeit, über die — der Stirnhöhlen. 221. 241.
Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen etc. 257.
Soorschwamm. 361.
Spaltung der Mandeln. 269.
Spasmus glottidis. 17.
Spätnath, die — nach der künstlichen Eröffnung des Warzenfortsatzes. 231.
Speichelstein Operation. 84.
Speichelstein im Whartonschen Canal. 367.
Spontanheilung, über — von Empyem der Highmorshöhle. 308.
Sprachstörungen, Eintheilung der — 147.
Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. 50.
Stimme, die — der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen. 331.
Stimmbandgeschwür, seltenes. 333.
Stirnhöhlenempyeme, zur Behandlung der —. 45.
Störungen, psychische, bei der Basedow'schen Krankheit. 56.
—, über — sensible und vasomotorische bei der rheumatischen Facialislähmung. 232.
— durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. 259.
— der Sprache und Stimme bei Paralys. agitans. 325.
Stottern, vorübergehendes, bei einer Amygdalitis. 115.
Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. 55.
Strychnineinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. 116.
Studien, experimentelle, über die Fractur der Larynxknorpel etc. 268.
Stummsein, hysterisches. 264.
Syphilis, über — des äussern Ohres. 75.
—, die Behandlung der — im Halse. 48.
Symptome und pathologische Veränderungen in den obern Luftwegen bei Influenza. 270.
Symptomatologie eines Abscesses der hintern Trachealwand. 329.
Syphilisbehandlung, über eine neue —. 363.

Tabes dorsualis und Morbus Basedowii. 179.
— — und Hysterie, hemispasmus glossolabialis links. 262.
Taubendiphtheritis. 361.
Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. 211.
Thyroiditis mit Pneumococcen. 19.
—, metastatische. 179.
Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. 22.
Thyroidectomie, über. 23.
Thyrotomie bei Larynxcarcinom. 118.
— wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. 174.
Thyreoiditis mit Pneumococcen. 359.
Thyreoidectomie, Experimente über doppelte —. 362.
Tod durch Cocain. 265.
Tonsilson, the function of the. 48.
Tonsillen, hypertrophirte Behandlung von — mittelst Ignipunctur. 16.
Trachea, physiologische Form und Weite der —. 269.
Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. 265.

Digitized by Google

Tracheapolyp. 195.
Tracheocele mediane, die. 328.
Tracheostenose, ein Fall von —, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. 119.
Tracheotomie u. Laryngotomie intercricothyroidea. 152.
— u. Intubation bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose. 180.
— über die mit Calcification der Trachea complicirte. 180.
—, ein Fall von — wegen multipler Neubildung im Kehlkopfe. 210.
— und Schlundsondenernährung. 265.
Tracheotomie wegen Syphilis. 365.
Tracheotomie, neue Operationsmethode der. 367.
Trichinen der Zungen und Larynxmuskeln. 15.
Trommelfell, Collaps des —. 41.
Tuberculose des Labyrinths, Beitrag zur —. 121.
Tuberculöse Uebertragung, die — durch Wanzen. 267.
Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. 365.
Tumor Thyroidea, anscheinend bösartig, Verschwinden nach der Tracheotomie etc. 84.
Tumoren, präepiglottische fibröse. 113.

Uebelstände, einige über — der Nasendusche und wie man selbe verhindert. 323.
Ulcus septi nasi perforans, über das — 13.
Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. 263.
Urticaria des Halses. 364.
Uvulablutung, acute. 330.
Uvultis tuberculosa. 47.

Vegetationen adenoide des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive. 45, 259.
Veränderungen, pathologisch-anatomische Uebersicht über die — der Gehörorgane Taubstummer. 39.
Verbiegungen, nicht traumatische der Nasenscheidewand. 323.
Verengerung, bösartige der Speiseröhre, Gastrotomie etc. 87.
—, krebsartige der Speiseröhre. Gastrotomie. 182.
—, narbige des Oesophagus an der Cardia etc. 182.
Verschliessung, dauernde des Mundes. 46.
Verschluss, congenitaler der rechten Choane; Operation durch Galvanocaustik. 234.
Vorlesungen, klinische, über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen etc. 87, 150.

Warzenfortsatzentzündung als Folge acuter Mittelohrentzündung. 42.
—. Eröffnung des vom äussern Gehörgang, kann sie als gleichwortig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? 341.
—, Eröffnung des —. 42.
—, ein, bei der operativen Eröffnung des — vorgekommenes seltenes Verhältnis. 153.
—-Operation. 76.
Weber-Liel, Nachruf. 25.
Werth, vergleichender, der operativen Eröffnung des — vorgekommenes seltenes Verhältniss. 153.

Zellensarcom interarytenoides, Operation durch den Mund etc. 330.
Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. 333.
Zufälle nach Nasenoperationen eintretend. 145.
Zunge, die schwarze — ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1844. 83.
—, Werth der — in Bezug auf das Athmen. 112.
—. Werth der — beim Athmen. 112.
Zungenaffection bei Syphilis. 83.
—atrophie, halbseitige. 83.
—entzündung, idiopathische. 113.
—erysipel. 113.
— —, primäres. 16.
—leiden, 2 seltene. 82.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Abate 210, 267.
Achalme 361.
d'Aguanus 238.
Aigre 169.
de Angeli 331.
Aronsohn 256.
Arthand 362.
Aouseret 360.
Aubert 178, 266.
Audubert 179.
Avellin 195.

Baber 175.
Baginsky 236.
Ball 76.
Ballet 179.
Baratoux 256.
Barbey 328.
Barford 145.
Barnabei 49.
Batters 174.
Baumgarten 117, 178, 328.
Beausoleil 334.
Berger 182.
Berlioz 258.
Bernard 265.
Betz 116.
Bilhaut 148.
Bitot 49.
Blackmann 20, 113.
Bock 82.
Botey 78, 86.
Bouchard 52.
Boudeson 49.
Boyals 14.
Bribion 145.
Browne 84.
Browne Lennox 48, 50, 211, 301.
Brühl 360.
Bumie 80.
Buisseret 265.
Burger 261.
Burkart 326.
Canniot 182.
Cardarelli 81.
Carless 271.
Cartarg 176, 263, 324.
Casadesus 238.
Caselli 175, 262.
Chalot 263.
Chavasse 366.
Charazac 152, 172, 266.
Charcot 175, 214.
Chatellier 112, 323 367.
Chauveau 325.
Chencinati 366.
Chervin 147.
Chiari 171.
Cholewa 33, 70, 100, 221, 241.
Chouppe 329.
Clarac 20, 152.
Clarke 45.
Clegg 43.
Clutton 271.
Compaired 208, 238.
Collet 333.
Cohn 114, 254.
Cohnstädt 121.
Conetouz 212.
Conradi 215.
Constantin 52.
Corradi 76.
Couetoux 15, 113.
Cozzolino 212.
Cullen 16.
Culloch 113.
Culot 145.

Daletti 210.
Dagron 360.
Darzens 363.
Deguèret 304.
Déjérine 18, 267.
Délie 45, 259, 330.
Demme 252.
Désiré 213.
Desprez 214.
Desvernine 85.
Desvévre 267.
Dionisio 210.
Donclan 48.
Donockowski 115.
Downie 115.
Dreyfuss 111.
Dudefoy 22.
Dupré 300.
Dury 270.
Duzac 17.

Egidi 86, 181.

Fauvel 363.
Feibes 46.
Féréol 16.
Ferger 265.
Ferras 363.
Finley 15.
Fletscher Ingals 19.
Focanier 83, 119.
Frankl-Hochwart 232.
Freudenthal 13.
Fromaget 21.

Gampert 269.
Garel 16, 113, 176, 177, 332.
Gangolphe 182.
Gaucher 183.
Gay 17.
Geffrier 268.

Digitized by Google

Gellé 17, 255.
Gemell 177.
Gérard 21.
Gérin-Aoze 178.
Gicod 53.
Gleason 50.
Gley 264, 361, 362.
Glover 367.
Gomperz 89, 107, 337.
Goodhart 84.
Gougenheim 49, 331.
Grandon 360.
Grant 54.
Griffin 48.
Grimm 359.
Gruber 231.
Grueningen 76.
Grünwald 254.
Gulland 48.
Guthrie 116.
Guye 168.

Habermann 40.
Hajek 176.
Hall Haviland 85.
Halz 327.
Hansberg 1, 28.
Hanot 364.
Haug 77.
Hecke 43.
Henrot 1, 145.
Héricourt 218.
Heryng 85.
Herzfeld 168.
Hessler 41, 209.
Heymann 256, 324.
Higuet 50, 112.
Hochenegg 149.
Holmes 173.
Hooper 364.
Hopmann 322.
Howard 82.

Jack 319.
Jacob 259.
Jacobs 329.
Jänicke 111.
Jaja 43.
James 194.
Jamison 169.
Jarvis 23.
Jenoli 46.
Imbert 366.
Joal 302, 330.
Jones 115.
Juell 16.
Juffinger 54, 117.
Juniquaud 362.

Katz 76, 164.
Kayser 66.
Kholshewniskoff 365.
Kilian 157.
Klein 331.
Koch 21.
Köhler 69.
Krause 170.
Kreyuska 153.
Krieg 334.
Krzywicki 172, 358.
Kuchenbecker 57, 93, 123.
Kulenkampf 325.
Kummer 179.
Kurz 14.

Labée 213.
Lampiasi 263.
Lange 234, 356.
Langoutte 18.
Lannois 321.
Laulancé 362.
Lavéran 364.
Laurent 113.
Le Dontu 118, 162.
Le Fort 182.
Legars 269.
Legendre 17.
Le Jeune 330.
Lépine 269.
Lermoyerz. 145.
Le Roy 259.
Letulle 181.
Lewy 80.
Lichtenberg 25, 41, 42.
Lichtwitz 235, 367.
Lieven 45.
Linnoisier 82.
Liredey 262.
Livon 17.
Lubet-Barbon 46, 181.
Lubert-Harbon. 259.
Luc 51, 178, 236, 258, 260, 301.

Mackenzie 180, 366.
Magori 362.
Mallins 148.
Malm 16.
Marchand 19, 359.
Marschall 47.
Martin 56, 181.
Masini 215.
Massei 147.
Masucci 85.
Mayer 18.
Max 208.
Mégnin 361.
Mendel 20, 49.
Mendoza 323.
Merklen 167, 170.
Meyjes 132.
Michelom 237.
Moncoroo 364.
Montavaw 266.
Montaz 179,266.
Morel-Lawallée 40.
Morgan 170.
Moure 334.
Moullin 87.
Moure 118.
Musilier 268.
Mygind 39.
Naegeli 214.
Naltenius 325.
Natier 84, 269, 334.
Neill 52.
Neumann 55.
Newmann 19, 87, 150.
Nicaise 180, 269.
Nicoll 174, 237.
Nothers 167.
Nuvoli 146.

Onodi 288.
Oppenheimer 322.

Page 365.
Paltauf 172.
Péan 80.
Pelligrini 267.
Peltesohn 46.
Pendleton 49.
Périer 20, 182.
Peter 260.
Peyricass 14.
Picqué 175.
Pilatte 171.
Pilliet 170, 359.
Polikier 55.
Polo 19.
Pollosson 183.
Porte 303.

Ragoneau 1, 79, 84, 116, 301.
Rainsford 115.
Raugé 211, 300, 332.

Digitized by Google

Raulin 15, 146.
Ravenel 22, 365.
Raymond 175, 177.
Regnault 263.
Rendu 16.
Rithi 148, 169.
Reverdin 23.
Revillet 323.
Richelot 178.
Richet 213.
Robin 304.
Roe 55.
Rohrer 75, 78.
Rosenberg 325.
Ross 178.
Rostoshinsky 365.
Roux 82t
Rozenz 116.

Sandford 47, 262.
Saverny 15.
Sanvineaud 18.
Scanes Spicer 258.
Scatliff 112.
Schaeffer 197.
Schattak 117.
Scheibe 142.
Schiffers 50, 258, 264.
Schleier 324.
Schlutter 180.
Schmidt 44.
Schmiegelow 10, 35, 73, 103, 133, 264.
Scholefield 237.
Schubert 42.
Schwabach 232.
Schwartz 52, 55, 246, 281.
Sedzcak 199, 289.
Semon 20, 117, 174.
Sexon 318.
Sheild 112.
Shendrikowsky 211.
Siebenmann 107, 308.
Simanowsky 212, 258.
Simon 21, 148, 304, 331.
Sirullaz 329.
Smith 19, 112.
Sokolowski 51, 115, 326.
Sokolloff 365.
Solis-Cohen 47, 210, 270, 358.
Souls 298.
Soupault 361.
Stacke 78.
Steinthal 45.
Stevensohn 113.
Stetter 217, 317.
Strauss 237.
Stroem 183.
Strübing 327.
Suarez de Mendosa 17, 18.
Suchanek 143, 144.
Sutherland 176.
Symonds 50.
Szadek 16.
Szenes 6, 187, 225.

Tavel 179.
Teissier 81.
Terrillon 119, 181, 182.
Thormer 215, 257, 261.
Thzrner 146.
Tobiessen 320.
Tolmatcleff. 13.
Trasher 44.
Trekaki 360..
Troisier 264.
Trolard 80.
Truckenbrod 110.
Tsakyroglous 185, 305.
Turner 83, 84.
Tymowski 118.

Vacher 333.
Vertos 81.
Villemin 53.

Wagner 22, 119.
Weil, 347.
Whittle 19.
Wilson 19.
Woakes 235.
Wolfenstein 357.

Zander 363.
Zarniko 79.
Zaufal 207, 233.
Zielgien 268.
Ziem 44, 138, 160, 273, 322.
Zwaardemaker 211.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Meldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität **München**	o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Januar 1892.** **No. 1.**

I. Originalien.

Beitrag zur Sinusthrombose.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

Mit der zunehmenden Entwickelung der Ohrenheilkunde und der mehr und mehr sich Bahn brechenden Einsicht von der Gefährlichkeit der Ohreiterungen mehren sich auch die casuistischen Mittheilungen über lebensgefährliche Erkrankungsprocesse, die im Gefolge von Eiterungen des Mittelohres und des Warzenfortsatzes zu Stande gekommen sind.

In erster Linie ist hier Meningitis zu nennen, und es ist eine bereits längst bekannt gewordene Thatsache, dass dieselbe gar nicht so selten auf Ohrerkrankungen zurückzuführen ist, in der neueren Zeit hat man indessen zwei anderen gefährlichen Folgekrankheiten der Ohreiterungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt, dem Hirnabscess und der Sinusphlebitis.

Ich beabsichtige im Folgenden die Casuistik der Sinusphlebitis resp. -thrombose, die wohl ausnahmslos in Ohreiterungen ihre Aetiologie haben dürfte, zu bereichern und möchte zunächst einen Fall anführen, der besonders durch den weiter unten zu erwähnenden Sectionsbefund unser Interesse in Anspruch nimmt.

Digitized by Google

Ernst K., Wirthssohn aus Dortmund, 16 Jahre alt. Seit Kindheit ohne bekannten Grund beiderseits Ohreiterung, weswegen bereits früher specialistische Behandlung erfolglos angewandt wurde. Irgend welche Beschwerden seien indessen dadurch nicht entstanden. Am 1. Mai 1891 stellten sich heftige Schmerzen im linken Ohre ein, die anhielten und schliesslich so hochgradig wurden, dass am 3. Mai Morgens zu mir geschickt wurde. Ich nahm folgenden Befund auf: Pat. ist im Verhältniss zu seinem Alter von grosser Statur, äusserst kräftig gebaut, Muskulatur und Knochen stark entwickelt. Er macht den Eindruck eines schweren Fieberkranken, seine Gesichtszüge zeigen Theilnahmlosigkeit, Augen glanzlos, Pupillen beiderseits gleichmässig, reagiren. Er ist kaum im Stande, sich aufzurichten und klagt über heftige Schmerzen im Ohr und in der Stirn. Temp. 39,6°, Puls 110.

Rechts der Gehörgang z. Th. mit Polypen angefüllt, links voll foetiden Eiters, nach dessen Entfernung mit der Spritze die otoscopische Untersuchung ergiebt, dass das Trommelfell fast ganz zerstört ist bis auf den vorderen oberen Rest, der den retrovertirten Hammergriff trägt. Paukenschleimhaut granulirt, cariöse Stellen im Mittelohr mit der Sonde nicht festzustellen. Beiderseits wird nur halblaute Sprache dicht am Ohr percipirt

Warzenfortsatz nicht geschwollen, auf Druck unempfindlich, dagegen empfindet P. Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Regio retromaxillaris, die aber nicht angeschwollen ist.

Ordination: Blutegel hinter das linke Ohr, Eisblase, Laxans.

Abends: Schmerzen im Ohr haben etwas nachgelassen, dagegen Kopfschmerz derselbe geblieben. Fieber 39,3°, Puls 108.

4. Mai. Befinden unverändert.

5. Mai. Erbrechen, Klagen über heftige Kopfschmerzen, Pupillen beiderseits gleichmässig. Die Untersuchung des Augenhintergrundes wurde leider verabsäumt.

9. Mai. Heftiger Schüttelfrost. Fieber 41,5°.

10. Mai. 2 Schüttelfröste, Somnolenz, Delirien. Keine Anschwellung des Warzenfortsatzes, ebensowenig Empfindlichkeit auf Druck, letztere ist jetzt auch bei Druck auf die Regio retromaxillaris geschwunden, keine Anschwellung weiter nach abwärts am Halse im Verlauf der Vena jugularis interna. Nach Consultation mit dem Hausarzt Dr. Blanke wird die bereits mehrere Tage vorher in Vorschlag gebrachte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bewilligt.

11. Mai. Aufmeisselung. Zugegen die DDr. Gerstein, Schmitz, Blanke, Eisenhardt und Benkelmann. Schnitt um die Ohrmuschel, beginnend oben etwas vor dem vorderen Ansatz der Ohrmuschel und endigend an der Spitze des Warzenfortsatzes, Ablösung des Periosts, subperiostale Ablösung des häutigen Gehörganges bis in die Tiefe, Vorklappen der Ohrmuschel nach vorn, Stillung der mässigen Blutung. Knochen zeigt sich äusserlich nicht verändert, dagegen nach einigen Meisselschlägen quillt reichlicher, stark stinkender Eiter aus der Tiefe, der besonders von oben zu kommen scheint, oberhalb der Linea temporalis, so dass anscheinend die Dura der Sitz der Eiterung ist. Ergiebige Abmeisselung ergiebt indessen keine vorhandene Oeffnung nach der mittleren Schädelgrube, es fand sich aber hinten oben eine circa 3 Millimeter grosse verfärbte Stelle im Knochen, die wahrscheinlich auf den Sitz der Eiterung führen musste. Ehe ich hier weiter vorging, eröffnete ich zunächst das Antrum, nahm die hintere Gehörgangswand fort, führte eine Hartmann'sche Sonde durch das Antrum in die Paukenhöhle, so dass die Spitze derselben in der Tiefe des Gehörgangs gesehen werden konnte, und meisselte nun, indem die Sonde liegen gelassen wurde, die äussere Wand des Kuppelraumes (Pars ossea Walb) so breit fort, dass eine genügende freiliegende Communication zwischen Antrum und Paukenhöhle bestand. Dabei wurde der übrigens gesunde Ambos entfernt. Caries war im Kuppelraum nicht zu constatiren, so dass ich darauf verzichtete, den Hammer ebenfalls noch zu entfernen, um die Freilegung des Atticus noch weiter nach vorn hin zu vergrössern. Es wurde nun die oben erwähnte verfärbte Knochen-

Digitized by Google

stelle im Warzenfortsatz hinten oben eingemeisselt, und nach einigen Meisselschlägen stürzte unter lebhaften Pulsationen massenhafte jauchige Flüssigkeit hervor, es zeigte sich, dass dieselbe aus dem verjauchten Sinus hervorkam. Breite Freilegung des letzteren in Ausdehnung von circa 1/2 Ctm., besonders ergiebige Abmeisselung nach unten, um dem Secret guten Abfluss zu verschaffen. Nach Abfluss der Jauche Aufhören der Pulsation; Ausfüllung des Knochendefects am Sulcus sigmoideus mit Jodoformgaze, hiermit wird auch die Höhle des Warzenfortsatzes bis in das Antrum und die Paukenhöhle und der äussere Gehörgang ausgefüllt. Spaltung des äusseren Gehörgangs bis in die Concha, 2 Querschnitte in letztere nach unten und oben, Annähen des oberen häutigen Gehörgangssegments an den äusseren Weichtheilschnitt hinten oben, des unteren an einen formirten 3eckigen Weichtheillappen, Verband.

12. Mai. Temp. Mgs. 36,8°, Abds. 38,1°. P. fühlt sich bedeutend freier, Kopfschmerzen ganz geschwunden.

13. Mai. Mgs. 36,4°, Abds. 38,0°.

5 Tage hindurch fieberfreier Verlauf. Appetit stellt sich ein, Euphorie. Wunde sieht gut aus, Foetor ganz geschwunden, Absonderung aus der Tiefe des Ohres gering.

17. Mai. Abds. 39,8°. Heftige Schmerzen im Leib, der auf Druck links empfindlich ist, aber keine Auftreibung zeigt. Priessnitz, Lavement.

18 Mai. Mgs. 39,9°, Abds. 36,4°; Leibschmerzen anhaltend.

19. Mai. Es stellt sich trockener Husten ein, als dessen Ursache eine Pleuritis sicca hinten unten rechts festgestellt wird.

21. Mai. Schüttelfrost. Mgs. 38,9°, Abds. 36,4°. Puls 144.

22. Mai. Erneuter Schüttelfrost ohne Fieber.

23. Mai. Pat. fühlt sich besser, Husten fortbestehend.

25. Mai. Mgs. 37,4°, Abds. 38,4°. Pleuraexsudat links, das in den nächsten Tagen bis zum unteren Skapularwinkel ansteigt. Das pleuritische Reiben rechts geschwunden.

30. Mai. Schulterschmerzen links bei negativem Befund.

8. Juni. Mgs. 37,9°, Abds. 38,3°. Puls 124. Schulterschmerzen und Husten anhaltend, ebenso Pleuraexsudat; die Kräfte des Kranken haben sehr abgenommen, Appetit gering, apathischer Gesichtsausdruck; Granulationen der Wunde blass, Oeffnung im Sinus hat sich sehr verkleinert.

12. Juni. Mgs. 36,8°, Abds. 36,6. Puls 96. Intensive Leibschmerzen, Erbrechen.

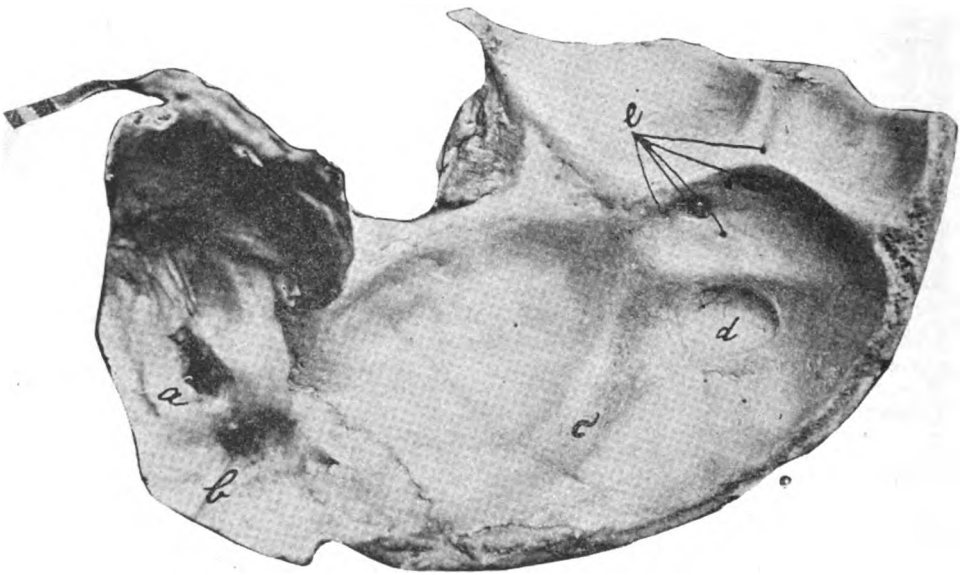
13. Juni. Mgs. 36,5°, Abds. 36,4°. Puls 84. Erbrechen anhaltend, Leib etwas aufgetrieben, auf Druck links sehr schmerzhaft. Eispillen, Champagner.

15. Juni. P. erbricht Alles, Leib stärker aufgetrieben, Exsudat nachweisbar, Temperatur subnormal, Puls klein und frequent. Zunehmende Schwäche des Kranken, Erbrechen ununterbrochen anhaltend, laute Klagen über heftige Leib- und Schulterschmerzen, Bewusstsein bis zum Tode erhalten.

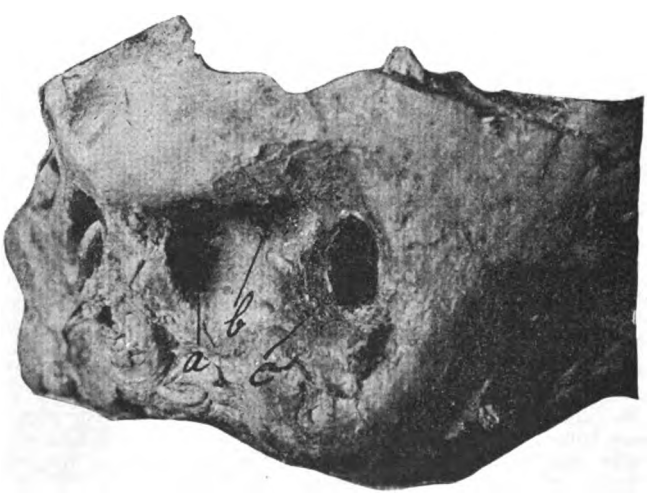
26. Juni. Exitus lethalis.

Section (mit Dr. Schmitz). Befund: Hochgradig abgemagerte Leiche. Nach Wegnahme des Schädeldaches zeigt sich die Dura mit unbedeutender schaumigseröser Flüssigkeit bedeckt, dieselbe ist leicht abziehbar, nicht verdickt, wenig blutreich. Sinus longitudinalis in seiner ganzen Länge in einen harten Strang verwandelt, es zeigt sich zwar, dass ein, wenn auch sehr enges Lumen noch besteht, durch das man eine dünne Sonde hindurchführen kann, die Wand des Sinus gleichmässig hochgradig verdickt. Mit der Sonde gelangt man vom Sinus longitudinalis aus durch den Sinus confluum gleich in den Sinus transversus dexter, dessen Lumen in seiner normalen Weite erhalten ist und dessen Wandungen nicht verdickt sind, dagegen ist es unmöglich, mit der Sonde in die linke Hälfte des Sinus confluum einzudringen, die vollständig thrombosirt ist. Die Thrombose erstreckt sich auf den ganzen Sinus transversus sinister bis zum Foramen jugulare, wo dieselbe aufhört, ebenso ist der Sinus petrosus superior in einen derben

Digitized by Google



Figur I.



Figur II.

Digitized by Google

Strang umgewandelt. Ungefähr 1½ Ctm. vom Sinus herophili nach links und vorn, dicht am Sinus transversus, findet sich in der Dura eine rundliche Lücke im Durchmesser von 8 Mmtrn., durch die man mit der Sonde in den thrombosirten Sinus transversus gelangt, der hier ein kleines Lumen hat, das sich noch etwas nach vorn fortsetzt. In dieser Oeffnung der Dura, die einem nachher noch näher zu beschreibenden knöchernen Defect des Hinterhauptbeins entspricht, und im Sinus findet sich Eiter.

Das Gehirn ist wenig blutreich, enthält in sämmtlichen Ventrikeln seröse Flüssigkeit; weder im Gross-, noch Kleinhirn sonst besondere Veränderungen wahrnehmbar.

Das linke Schläfenbein wird mit der Hälfte des Hinterhauptbeins verbunden herausgenommen. Von aussen (Figur I) sieht man den Gehörgang mit dem Warzenfortsatz in eine einzige Höhle umgewandelt, die breit in's Antrum und die Paukenhöhle führt, die letzteren durch einen 3 Mmtr. breiten freiliegenden Spalt mit einander verbunden. Hammer ist erhalten und gesund. Tegmen der Paukenhöhle intact, dagegen fand ich die Decke des Antrums zu meinem Erstaunen in Ausdehnung von 6 Mmtrn. Durchmesser zerstört, die Oeffnung der Decke wurde durch ein sequestrirtes Knochenstück ausgefüllt. Die Ränder dieser Oeffnung waren gelblich verfärbt und oben in breiter Ausdehnung rareficirt, resp. durch Caries zerstört, so dass mit dem einliegenden Sequester, von oben gesehen, eine Delle gebildet wurde (Figur II), dagegen war die Dura hier anscheinend intact.

Hinten am Eingang in die Höhle des Warzenfortsatzes eine länglich-ovale Oeffnung, die 1½ Ctm. lang und 1 Ctm. breit ist und in den Sulcus sigmoideus führt. Der letztere ist auch in seiner Fortsetzung bis zur Crista occipitalis blutreich, von dem Knochen der Umgebung deutlich abgesetzt. Etwa 1½ Ctm. von der Crista occipitalis nach links findet sich dicht am Sulcus transversus eine länglich rundliche, ca. 1½ Ctm. im Durchmesser haltende tiefe Delle im Hinterhauptbein, die, im Grunde blutreich, einen Rarefact im Knochen darstellt. Dieser Rarefact entspricht der vorbeschriebenen Oeffnung in der Dura und war mit Eiter angefüllt. Längs der Crista occipitalis zeigen sich links 2 grössere Gefässlöcher, das grössere länglich oval mit 5 Mmtr. Durchmesser, das kleinere von 4 Mmtrn., ausserdem noch 3 kleinere von ca. 1 Mmtr.

Die Section der Brust- und Unterleibs-Organe wurde leider nicht gestattet.

Der vorstehend beschriebene Fall ist in erster Linie durch den im Allgemeinen negativen Befund von Seiten der Weichtheile des Warzenfortsatzes und des Halses bemerkenswerth. Die heftigen Schmerzen im Ohr, der ganze Verlauf, vor Allem die bestehende Ohreiterung liessen zwar mit Sicherheit darauf schliessen, dass der Krankheitsprocess, mochte er nun im Gehirn, seinen Häuten oder im Sinus transversus seinen Sitz haben — denn nur diese 3 Möglichkeiten konnten meiner Meinung nach vorzugsweise in Frage kommen — von dem Mittelohr resp. dem Warzenfortsatz seinen Ursprung genommen haben musste, aber man konnte zweifelhaft sein, welche Folgekrankheit eigentlich vorlag; jedenfalls aber schien es mir, in Anbetracht der schweren Allgemeinerscheinungen, ganz ungerechtfertigt, für dieselben allein ein Empyem des Warzenfortsatzes verantwortlich zu machen. Zudem vermisste ich ebensowohl Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes, als Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand, wenngleich es bekannt ist, dass diese Erscheinungen bei Eiterung in den Warzenzellen häufig genug fehlen können.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.*)

15) Dr. Loewe (Berlin): Zur Therapie der Mittelohrblennorrhoeen.

Die Methode bezweckt, die Mittelohrblennorhoeen dadurch zur Verheilung zu bringen, dass das Secret im Momente seiner Absonderung abgesaugt wird, die erkrankte Paukenhöhle also beständig trocken bleibt.

Wenn es sich also um eine acute seröse Paukenhöhlenentzündung (Pneumodiplococcen-Otitis) mit reichlicher Absonderung handelt, wo zugleich das Trommelfell total zerstört ist, da werden Paukenhöhle und äusserer Gehörgang mit hydrophilem Verbandmaterial (Watte, Mull) bis zum Grunde der Ohrmuschel austamponirt, worauf der Verband nach 3—4 Stunden durchnässt ist, weshalb derselbe also ca. 6 Mal täglich, auch während der Nacht erneuert werden muss; die Sache heilt dann innerhalb 2—4 Tagen. — Tritt die Verheilung innerhalb einer Woche nicht ein, so ist damit der Beweis geliefert, dass die Affection nicht auf die Paukenhöhle beschränkt ist, sondern auch deren Adnexa (Kuppelraum, Antrum, Warzenzellen) ergriffen hat. In diesem Falle schreitet L. nun zunächst zur Eröffnung des Kuppelraumes und führt dieselbe vom äusseren Gehörgange aus, so dass ein 3—4 Mmtr. im Durchmesser haltender kreisrunder Defect im Os epitympanicum entsteht. Auf diese Weise ist jetzt also auch der Kuppelraum der Tamponade zugänglich gemacht, und kann vermittelst derselben ebenfalls beständig trocken gehalten werden. — Bleibt trotz Eröffnung des Kuppelraumes die Krankheit unverändert bestehen, so ist dadurch nach Ansicht L.'s der Beweis geliefert, dass dieselbe auch den Warzenfortsatz ergriffen, und wird demgemäss zur Eröffnung des Antrum mastoideum geschritten. Dieselbe erfolgt mittelst der Zahnbohrmaschine, nachdem, ebenso wie Stacke dies thut, die häutige Auskleidung des Gehörganges von der hinteren Gehörgangswand abgelöst ist, wird die knöcherne obere hintere Gehörgangswand bis zum Antrum in der Art abgetragen, dass ein zweiter neuer Gehörgang in der Substanz des Knochens gebildet wird. Der ursprüngliche und der neue Gehörgang communiciren an der Berührungswand mit einander, und ist jetzt auch das Antrum der Tamponaden-Therapie zugänglich gemacht. — Wird auch auf diese Weise innerhalb kurzer Zeit nicht Heilung erzielt, nimmt L. an, dass der Process, ausser dem Kuppelraum und dem Antrum, auch noch die Warzenzellen ergriffen hat. Um letztere nun der Tamponaden-Therapie zugänglich zu machen, wird die genannte Corticalis des Warzenfortsatzes, soweit sie im Planum temporale gelegen ist, ebenfalls mittelst der Zahnbohrmaschine abgetragen.

*) Siehe No. 10, 11 u. 12, 1891.

Digitized by Google

Die Tamponaden-Therapie hat nach L. nur dann Berechtigung, wenn die Perforation möglichst gross ist, der Tampon also seine Saugwirkung voll entfalten kann. Ist eine Paracentese nothwendig, dann muss eine möglichst grosse Oeffnung angelegt werden, weshalb L. die Paracentese derartig ausführt, dass das ganze Trommelfell, mit Ausnahme der Membrana Shrapnelli, vom Limbus cartilagineus abgetrennt wird, worauf sich dasselbe dann in sich selbst retrahirt, und es entsteht eine halbmondförmige, sehr geräumige Lücke, wobei sich der Hammergriff ebenso, wie bei totaler Perforation, schräg nach innen mit dem Umbo an das Promontorium stellt.

Diese Therapie ist auch für alle anderen Mittelohrblennorrhoeen mutatis mutandis anwendbar. Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass das Secret nicht rein serös ist, sondern schleimig-eitrige Beimengung zeigt. In diesem Zustande ist das Secret für die Capillarattraction insofern ungeeignet, als bei Anwendung der Tamponaden-Therapie nur die wässerigen Bestandtheile durch den Tampon abgesaugt werden, während die schleimig-eitrigen an der Innenfläche des Tampons, d. h. in der Paukenhöhle selbst zurückbleiben. Um sie hier vor Zersetzung zu bewahren, schiebt L. in diesen Fällen ein Antisepticum zwischen Paukenhöhlenschleimhaut und Innenfläche des Tampons ein, indem er eine dünne Lage Borsäure in Substanz über die Paukenhöhlenschleimhaut ausbreitet, bevor er die Tamponade ausführt.

16) Dr. Hecke (Breslau): Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyaemie bei Mittelohrerkrankungen.

Im Anschluss an verschiedene günstig verlaufene Fälle metastatischer Pyaemie bei Otitiden aus der Hallenser Ohrenclinik (Jahresbericht 1887/88) berichtet H. über zwei selbst operirte Fälle.

Der eine, ein 17jähriger Schüler, war längere Zeit an einer Mittelohrentzündung behandelt worden, wiederholte Paracentesen des Trommelfells waren nöthig, eine polypöse Wucherung der Paukenschleimhaut wurde mit der Schlinge entfernt, der Rest galvanocaustisch behandelt. Eines Tages stellten sich ein: sehr lange anhaltende Schüttelfröste, Processus mastoideus sehr druckempfindlich, andauerndes hohes Fieber, sehr reichliche Eiterung aus dem Ohr. Aufmeisselung des Processus mastoideus, der überall eitrig durchtränkt war; am 4. Tage nach der Operation Pleuritis sinistra. Am 5. Tage nach plötzlicher Temperatursteigerung bis 42° C. entzündliche Anschwellung des linken Sterno-Clavicular-Gelenks; Eröffnung des vereiterten Gelenks, in den nächsten Tagen noch eine Pleuritis dextra serosa, sowie eine Entzündung des rechten Schultergelenks. Der Fall endete mit vollständiger Heilung.

Der zweite Kranke, 18 Jahre alt, litt an einem chronischen Nasenrachencatarrh und hochgradigem Catarrh der Tuba und Paukenhöhle. In Folge plötzlicher Entzündung der rechten Paukenhöhle, spontane sehr reichliche Eiterung; die Perforations-Oeffnung des Trommelfells wurde erweitert, trotzdem mehrmalige Schüttelfröste, worauf Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Nachdem das Fieber nachgelassen hatte, traten in den nächsten Tagen wiederholt Schüttelfröste auf, Anschwellung des rechten Ellenbogengelenks, Eröffnung desselben; der Inhalt war serös und getrübt, und zeigte reichliche Mengen von Streptococcus pyogenes.

Digitized by Google

Nach mehreren kurz andauernden Schüttelfrösten trat auch hier vollständige Heilung ein.

17) Derselbe: Ueber extradurale Eiteransammlung im Verlauf von Mittelohrerkrankung.

Eiteransammlungen zwischen Dura mater und Schädelknochen sind meist tuberculöser Natur, nach den Untersuchungen von Volkmann, Kraske, Heinecke, Krause u. A. — Hecke berichtet über zwei Fälle von sehr grosser Eiteransammlung zwischen Dura mater und Knochen zur Zeit der letzten Influenza-Epidemie (1889/90).

Der erste, ein kräftiger 33jähriger Mann, war im Anschluss an Influenza von seinem Arzt an Catarrh der Nase, Tube und rechten Paukenhöhle behandelt worden. Bald waren sehr bedeutende Kopfschmerzen rechts mit Schlaflosigkeit in Folge von Eiteransammlung am Warzenfortsatz aufgetreten. H. hat den Warzenfortsatz selbst aufgemeisselt, welcher überall sclerosirt war; der Abscess communicirte durch eine feine Fistelöffnung mit der Schädelhöhle, die nach allen Seiten erweitert wurde. Der Kranke ging an Meningitis zu Grunde. — Bei der Section fand sich eine Fistel am Tegmen tympani, die aus der Schädelhöhle in das circa linsengrosse, mit Granulationen angefüllte cariöse Antrum mastoideum führte, die Paukenhöhle selbst war nicht ergriffen; Eiteransammlung oberhalb der Pyramide und in der hinteren Schädelgrube.

Der zweite, ein 52jähriger Arbeiter, hatte nach Influeuza eine Otitis media dextra ohne Eiterung; allmähliges Entstehen einer schmerzhaften fluctuirenden Geschwulst hinter dem rechten Ohr, dieselbe wurde eröffnet und der cariöse Warzenfortsatz aufgemeisselt. In der Fossa temporalis liegt die Dura mater frei in Folge von Caries necrotica; Eitersenkung am Schädel entlang nach hinten und unten mit normalem Heilungsvorgang. Zwei Tage vor der beabsichtigten Entlassung plötzliche Bewusstlosigkeit mit hohem Fieber, Meningitis und Exitus letalis. — Bei der Section fand sich eine sehr bedeutende Eiteransammlung in der mittleren und hinteren rechten Schädelgrube, in der Fossa temporalis vernarbte Caries necrotica. Ein Zusammenhang mit dem Schläfebein konnte nicht nachgewiesen werden, da es in Folge eines Versehens von dem Obducirenden nicht herausgenommen worden ist.

18) Privatdocent Hessler (Halle a. S.): Ueber extradurale Abscesse nach Otitis.

Die Entzündung der Dura mater nach Otitis ist bisher wenig beachtet und eingehender beschrieben von einem Chirurgen, Heineke. Hoffmann fand in 102 letalen Fällen von Ohrkrankheiten 34 Mal die Dura blossgelegt; Hessler fand bei fast 100 Aufmeisselungen die Dura 17 Mal blossliegend, geheilt davon waren 13 Fälle. — In der Literatur fand H. 50 Fälle von extraduralen Abscessen, zu denen er drei neue bringt. Die Fälle sassen auf beiden Ohren gleichviel vertheilt, beim männlichen Geschlecht über noch ein Mal so oft als beim weiblichen, 30 Mal bei chronischen und 19 Mal bei acuten Ohraffectionen; am häufigsten im Alter von 1—25 Jahren.

Hessler unterscheidet secundäre extradurale Abscesse mit Knochendefecten und primäre ohne die letzteren; die secundären sind häufiger (41 Mal) beobachtet, letztere 12 Mal. Die secundären Abscesse sassen 4 Mal so oft an der hinteren Felsenbeinfläche als am Tegmen

Digitized by Google

tympani. Die cariösen Veränderungen im Felsenbein variiren zwischen linsengrossem bis fast totalem Defecte des Knochens. Geheilt wurden operativ 14 Fälle; der Tod trat am häufigsten ein durch Hirnabscess, dann durch Meningitis, ferner durch Hirnabscess und Sinusphlebitis.

Von den primären extraduralen Abscessen hat H. 12 Fälle zusammengestellt, darunter 2 eigene mit acuter Otitis und mit Heilung. Sie sassen ebenfalls an der hinteren Felsenbeinfläche noch ein Mal so oft als am Tegmen tympani. 3 Fälle wurden geheilt; am häufigsten Tod durch Meningitis; sie fanden sich je 8 Mal am linken Ohr, bei chronischer Otitis und bei männlichen Patienten.

Ein einheitliches Krankheitsbild lässt sich auf Grund der bisherigen Fälle nicht aufstellen. Die Diagnose ist vorläufig nicht möglich, ausser wenn eine Knochenfistel direct in den Abscess führt, und ist nur durch Ausschliessung von Meningitis, Sinusphlebitis, Hirnabscess wahrscheinlich. — Die Therapie ist eine prophylactische und später rein chirurgische. — Die Prognose hängt allein von dem Verhalten der Dura und dem rechtzeitigen therapeutischen Eingriffe ab.

19) Dr. Brieger (Breslau): Demonstration eines Apparates zur Gewinnung keimfreien Spülwassers.

Brieger berichtet kurz über Untersuchungen, welche sich auf die durch Spritzen, Pumpen etc. gefolgte Verunreinigung der für Ausspritzungen des Gehörgangs, Durchspülung per tubam etc. benutzten indifferenten Flüssigkeiten bezogen. Der Forderung für die angegebenen Zwecke, speciell für die Durchspülung per tubam, ausschliesslich sterile Flüssigkeiten zu verwenden, kann nur ein Apparat entsprechen, welcher, am Ende der zum Spülen benutzten Apparate gelegen, die von dieser herrührenden Verunreinigungen zurückhält. Eine solche Vorrichtung hat B. unter Verwendung von Berkenfeld-Filtern für die Pumpe in der Weise herstellen lassen, dass ein das Filter enthaltender Metallcylinder am Ende des Abflussschlauches angebracht ist, welcher unmittelbar in die in den Gehörgang einzuführende Canüle ausfliesst. Wenn der Metallcylinder mit der Ausflusscanüle durch Auskochen ausreichend sterilisirt ist, gewinnt man aus der Pumpe absolut sterile Spülflüssigkeit. Auch Wasser, welchem reichliche Ausschwemmungen von Staphylococcus pyogenes aureus-Reinculturen zugesetzt waren, filtrirte durch den Apparat — bei welchem nur eine relativ geringe Herabsetzung des Druckes bedingt ist — vollkommen steril.

* * *

Nachdem die Tagesordnung erschöpft war, ergriff Vorsitzender Prof. Walb das Wort, um dem Einführenden der Section, Herrn Geheimrath Prof. Schwartze, den Dank der ganzen Section für das mühevolle Wirken auszudrücken. Letzterer erwidert denselben und votirt besonders jenen Theilnehmern Dank, welche aus dem Auslande — Dänemark, Schweiz, Oesterreich und Ungarn — gekommen waren, um an den Verhandlungen Theil zu nehmen.

Schliesslich möge noch erwähnt werden, dass Herr Geheimrath Schwartze sämmtliche Mitglieder der Section 2 Mal bewirthete, bei

Digitized by Google

welchen Gelegenheiten der grosse Gelehrte sich als liebenswürdigster Hausherr zeigte, was in zahlreichen Trinksprüchen seine vollste Anerkennung fand.

Mit einem „auf frohes Wiedersehen in Nürnberg“ erfolgte der Abschied.

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

Ich werde mir im Folgenden erlauben, über meine während des letzten Jahres in Bezug auf die Intubation des Larynx gemachten Erfahrungen zu berichten.

Es handelt sich im Ganzen um 12 Fälle, hiervon waren 4 acute Stenosen (Croup), die anderen 8 waren chronische Verengungen. Während die acuten Fälle nur ganz kurz berührt sind, habe ich es für richtig angesehen, die chronischen Fälle etwas ausführlicher zu beschreiben. Im „Ugeskrift for Läger 1890“ habe ich drei Fälle (1 Croup, 1 syphilitische Larynxstenose bei einem Erwachsenen und 1 Larynxpapillom bei einem Kinde) veröffentlicht, so dass ich also bis heute 5 Fälle von Croup und 10 von chronischer Larynxstenose behandelt habe.

I. Acute Stenosen.

1. Am 28. October 1890 wurde ich zu einem 8jährigen Jungen gerufen, welcher seit 8 Tagen an einer ausgebreiteten Schlunddiphtherie mit Schlingbeschwerden litt und in seiner Ernährung bereits sehr herabgekommen war. Er hat danach einen decidirten Croup bekommen, mit klanglosem Husten, keuchender Respiration mit starken Einziehungen der Cardia Ausgedehnter Belag im Rachen. Am 28. October, 4½ Uhr Nachmittags wurde er mit Leichtigkeit intubirt unter Assistenz des Hausarztes Dr. W. Thomsen. Die Respiration war von jetzt an frei, ebenso in den nächsten 2 Tagen, wonach er am 30. October, 7½ Uhr Abends, plötzlich unter allen Symptomen einer acuten Herzparalyse starb. Das Schlucken war nicht beschwerlicher geworden, nachdem die Intubationscanüle eingelegt war.

2. Ein 3jähriges Mädchen wurde am 7. November 1890 auf die III. Abtheilung des Stadtspitals gebracht. Sie war 4 Tage vorher vom Epidemiehospitale entlassen, wo sie mit falschem Croup lag. Bei der Aufnahme hatte sie einen trockenen, bellenden Husten, keuchende Respiration mit Einziehungen im Jugulum, der Cardia und den Intercostalräumen. Sie lag im Spitale im Dampfzelte, hatte intermittirende Respirationsbeschwerden, reichlichen, purulenten Ausfluss aus der Nase und ab und zu Nasenbluten; aber während ihres ganzen Hospitalaufenthaltes keinen Belag im Rachen. Die Temperatur variirte von 38 – 39°. Die

Digitized by Google

Respirationsbeschwerden nahmen am 13. November stark zu, so dass die Pat. um 4 Uhr Nachmittag intubirt werden musste. Die Canüle wurde während der 5 Tage, wo sie intubirt war, 3 Mal ausgehustet. Geheilt entlassen. Die Ernährung ging während der Intubation leicht von Statten.

3. Ein 9 Monate altes Kind erkrankte am 11. November 1890 mit ausgesprochenen Croupsymptomen. Am 13. Novbr., Morgens 4½ Uhr, wurde intubirt. Kein Belag in den Fauces. — Nach der Intubation wurde Schleim und Membranen ausgehustet. Das Kind schlief gleich ein und die Respiration blieb frei. Gegen Abend fing die Respiration wieder an, schlecht zu werden, und der Hausarzt, Dr. Timmermann, extubirte den Patienten; aber die Respiration wurde immer schlechter, und das Kind starb unter zunehmendem Collaps gegen 9½ Uhr Abends unter Symptomen eines descendirenden Croups. Die Tuba war bei der Herausnahme vollständig frei.

4. Ein 13 Monate alter Junge wurde am 22. November, Morgens 9½ Uhr, wegen Croup intubirt, wonach die Respiration frei wurde. Das Schlucken ging nachher leicht vor sich — Am folgenden Tage stieg die Temperatur bis 39,5°, es entwickelte sich eine linksseitige Pneumonie, woran er am 24. November, 10 Uhr Abends, starb. Die Respiration war Seitens des Larynx bis zum Tode vollständig frei.

Epicrise. Wie ersichtlich, handelte es sich in allen diesen Fällen um Kinder im Alter von 9 Monaten bis 8 Jahren. Die Ursache der Stenose war in 3 Fällen diphtheritische Laryngitis, während bei Fall 2 die Natur des Leidens ziemlich zweifelhaft war. Man konnte bei der laryngoscopischen Untersuchung nur Schwellung und Röthe der Schleimhaut im Aditus laryngis constatiren; das Kind, welches nur 3 Jahre alt war, erlaubte keine genauere Untersuchung, und ich war nicht im Stande, das Innere des Larynx zu übersehen. Der Grund, der für die Möglichkeit eines subacuten diphtheritischen Processes im Larynx in diesem Falle spricht, ist der Umstand, dass das Kind während der ganzen Krankheit an reichlichem purulenten Ausfluss aus der Nase und ab und zu an spontan auftretendem Nasenbluten litt. Man denkt hierbei unwillkürlich an die Möglichkeit, dass das Nasenleiden diphtheritischer Natur gewesen sei, obgleich es nie gelang, das Vorhandensein von Membranen zu constatiren. Solche „latente", langsam verlaufende Diphtheritiden kennt man, und einige sind auch beschrieben, u. A. von Emanuel Holt*), welcher einige Fälle von „Obscure nasal diphtheria" mittheilt, wo sich bei Kindern purulente Aussonderungen und Blutungen in der Nase entwickelten, ohne dass sich Membranen zeigten. Die Natur des Leidens wurde erst am 29. Tage der Krankheit aufgeklärt, an welchem universelle Oedeme auftraten und darauf lethaler Ausgang. Bei der Section fand man im Nasenrachenraume eine diphtheritische Membran von einem Zoll im Diameter.

Von den 4 Kranken starben 3, nur die im Fall 2 wurde geheilt. Die Ursache des Todes war in keinem Falle durch die Intubation bedingt, sondern muss in anderen Umständen gesucht werden.

In dem ersten Falle war der Tod durch Herzparalyse verursacht. Der Patient, 8 Jahre alt, war, als die Croupanfälle eintraten, von einer

*) New-York. Med. Journal, 31. Mai 1890.

Digitized by Google

Schlunddiphtheritis, welche 10 Tage gedauert hatte, sehr mitgenommen. Die Intubation that ihren Nutzen, schnell und leicht wurde das Hinderniss gehoben und die Respiration ging leicht, bis der Pat. 51 Stunden später unter allen Symptomen einer Herzparalyse collabirte.

Im dritten Falle wurde der Tod durch Descendiren des diphtheritischen Processes in die Lungen verursacht. Das Kind war nur 9 Monate alt, weshalb die Intubation der Tracheotomie vorgezogen wurde. Nach der Intubation wurde die Respiration gleich frei, aber 12 Stunden nachher traten Zeichen des descendirenden Processes ein und das Kind starb 17 Stunden nach der Intubation, nachdem es 1½ Stunden vor dem Tode extubirt worden, ohne dass sich die Respiration dadurch besserte.

Im Fall 4, welcher auch mit dem Tode endete, war die Todesursache eine Pneumonie, welche sich einen Tag nach der Intubation entwickelte. Das Kind war 13 Monate alt und der Fall verlief gut, bis die Zeichen der Pneumonie auftraten, welche 1½ Tage nachher den Tod verursachte. — Das Kind war im Ganzen 2½ Tage (60 Stunden) intubirt.

Im Ganzen habe ich, den im vorigen Jahre mitgetheilten Fall*) mit eingerechnet, 5 Fälle von diphtheritischer Larynxstenose intubirt, doch darf der oben beschriebene Fall 2 nur bedingt als diphtheritisch aufgefasst werden, und das Resultat war 2 Mal Genesung (40 pCt.) und 3 Mal Tod (60 pCt.).

Die Zahlen sind selbstverständlich zu klein, um eine correcte Auffassung der Operationsresultate darauf zu basiren, aber vergleicht man diese Resultate mit denjenigen, zu welchen andere Verfasser, durch Behandlung einer grösseren Anzahl Fälle, gekommen sind, so findet man, dass meine Zahlen, wenn auch zufälliger Weise, ein ganz correctes Bild des wirklichen Verhältnisses geben.

Wie die Methode jetzt vorliegt, zeigen die Aerzte indessen keine rechte Lust, sie aufzunehmen, man schreckt vor den scheinbaren Schwierigkeiten zurück, welche die Methode, theoretisch gesehen, besitzt, aber welche practisch sich als sehr übertrieben zeigen. Man weigert sich, eine gute alte Methode, die Tracheotomie, aufzugeben, welche trotz der damit verbundenen Gefahren (Blutverlust, secundäre Infection etc.) doch eine grosse Anzahl Crouppatienten zu retten im Stande war, um an ihrer Stelle eine neue Methode zu versuchen, welche nicht den Vortheil hat, der Tracheotomie in curativer Hinsicht absolut überlegen zu sein. Man kann dazu nichts sagen, in den meisten Fällen bleibt es eine Geschmackssache, ob man bei einer diphtheritischen Laryngitis Tracheotomie oder Intubation anwenden will.

Es giebt indessen Fälle, wo die Intubation absolut vorzuziehen ist und wo man nur durch Anwendung derselben das Individuum retten kann. Ich meine bei Patienten, zu denen man so zu sagen im letzten Augenblick gerufen wird, wo die Asphyxie einen solchen Grad erreicht hat, dass man jeden Augenblick den Exitus lethalis erwarten kann. Unter solchen Verhältnissen, wo man das Leben des Patienten nach Secunden berechnen kann, wird eine Tracheotomie kaum viel nützen, wogegen eine Intubation, die man mit der grössten Leichtigkeit in einigen

*) Ugeskrift for Läger 1890.

Digitized by Google

Secunden ausführen kann, die beste Chance hat, den Patienten über die kritische Periode hinüber zu helfen und es allenfalls möglich zu machen, nachher eine reguläre Tracheotomie auszuführen. Ueberall in den Annalen der Tracheotomie und aus eigener Erfahrung kennt man Beispiele von Tracheotomieen, welche zu spät ausgeführt wurden, um den Patienten zu retten, und viele dieser Fälle wären einem solchen Ausgange entgangen, wenn man die Intubation gekannt und angewandt hätte. In diesem Jahre hat Moll*) die Aufmerksamkeit darauf geleitet, indem er 2 Fälle mittheilt, von welchen der erste ein Kind betraf, welches in einem äusserst mitgenommenen Zustande in's Spital kam und bei welchem die Krankenpflegerin künstliche Respiration einleiten musste, bis Moll im Laufe einer halben Stunde herbeigerufen wurde. Er intubirte gleich, ohne andere ärztliche Hilfe, und 2 Minuten nachher athmete das Kind ruhig, trank Wein und war, für diesmal wenigstens, gerettet. In dem anderen Falle glaubte Dr. Moll, als er eintrat, dass er es mit einem wirklich todten Kinde zu thun hätte. Er intubirte gleich, leitete die künstliche Respiration ein, und nach einiger Zeit glückte es, das Kind zum Athmen zu bringen.

In Anbetracht solcher Fälle scheint es mir gerathen, die Methode einzuüben, um selbst in den Spitälern, wo man in der Tracheotomie das einzige Mittel sieht, Crouppatienten zu retten, bei dräuender Gefahr des Erstickens von der in Rede stehenden Behandlungsweise Nutzen zu ziehen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Rhinologische:

Ueber das Ulcus septi nasi perforans. Von W. Freudenthal, New-York. (New-Yorker Medicin. Monatsschrift, Mai 1891.)

Verf. ist der Ansicht, dass das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand aus traumatischen Ursachen entstehe. Er hatte Gelegenheit, in der New-Yorker deutschen Poliklinik 3 derartige Fälle in verschiedenen Stadien zu beobachten.

1. Fall. 12jähriges Mädchen — Blutungen aus der Nase. Grauweisse Verfärbung am vorderen Theile der Cartilago quadrangularis, oberflächliche Ulceration. Die Umgebung des Geschwüres stark geschwollen und injicirt, also erstes Stadium der Geschwürsbildung nach Hajek. Einfache adstringirende Behandlung brachten das Geschwür zur Verheilung.

2. Fall. 60jährige Frau wurde nur ein Mal von Fr. gesehen. Litt vor 2 — 3 Jahren an Verstopfung der Nase und wurde damals von einem Collegen behandelt. Jetzt dieselben Beschwerden. An der bekannten Stelle der Cartil. quadr. sieht man eine Delle, in die man etwa die Kuppe des kleinen Fingers hineinlegen kann. Deutliche Narben,

*) Moll: Mon expérience sur l'intubation d'aprés O'Dwyer. Revue de Laryngologie etc., 15. October 1891, pag. 609.

Digitized by Google

Schleimhaut sehr dünn. Die Umgebung erscheint normal. „Die Frau giebt auf Befragen an, dass sie früher oft mit dem Finger in der Nase gebohrt hätte, namentlich als sie zum ersten Male die starke Verstopfung in der Nase hatte. Wir glauben daher, dass sie sich durch diese Manupulationen selbst ein Ulcus erzeugt hatte, das nach Beseitigung der behinderten Nasenathmung — zum Stillstand gekommen und ausgeheilt ist. Es ist dies also ein sehr seltener Fall, wo ein traumatisches Ulcus der Nasenscheidewand nicht zur Perforation geführt hat, sondern vorher durch Vernarbung ausgeheilt ist."

3. Fall. 65jähriger Tischler. Seit 7 Jahren Infraorbital-Neuralgie. Wurde vor 2 Jahren vom Verf. zum ersten Male gesehen. Sehr nervöser Mensch, der fortwährend mit dem Finger in oder an der Nase herumarbeitete Cauterisationen der unteren Muschel halfen nichts und Patient verschwand aus der Behandlung. Kam vor einem Jahre auf kurze Zeit wieder. Schmerzen wurden heftiger, so dass er nicht mehr arbeiten konnte. Als Pat. in diesem Jahre zum dritten Male in die Behandlung kam, bemerkte Fr. zu seinem Erstaunen eine vollständig ausgebildete Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand. Es unterlag keinem Zweifel, dass Patient durch das beständige Bohren mit dem Finger sich zunächst ein Ulcus beigebracht hatte, aus dem dann die Perforation entstanden war. Diese war oval und von links unten nach rechts oben gerichtet, also gerade in der Richtung, wie er mit dem Finger bohrte.

Von Lues konnte in diesem Falle eben so wenig, wie in den beiden anderen etwas nachgewiesen werden. Autoreferat.

Electrolyse der Nasenscheidewand. (Electrolyse de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Peyrissac. (Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Die electrolytische Behandlung der Protuberanzen der knöchernen und knorpeligen Nasenscheidewand ist mit Erfolg von Miot, Garel und Moure angewandt worden. Verf. erzählt einen auf diese einfache und leichte Art behandelten Fall: Genaue Beschreibung der 25 Minuten dauernden Operation, Heilung. Dr. P. K.

Einfache und leichte Methode, die Nasenpolypen zu entfernen. (Un procédé simple et facile d'extraction des polypes du nez.) Von Dr. Kurz. (Semaine médicale und Revue de laryngol. No. 6, 1891.)

Wenn man keine Instrumente in die Nase einführen kann, soll man mittelst einer Bellocq'schen Röhre drei in gewisser Entfernung an einem Bindfaden befestigte Schwämme durch den Mund von hinten nach vorne durch den Nasenrachenraum nach aussen befördern. Die Polypen werden durch Reiben entfernt. Dr. P. K.

Bromäthyl bei Operation der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes. (De l'emploi du bromure d'Ethyle comme anesthétique pour l'opération des végétations adénoides du pharynx nasal chez l'enfant.) Von Dr. Boyals. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 9, 1891.)

Von Moritz Schmidt eingeführt, bewährt sich diese Methode am besten wegen ihrer Gefahrlosigkeit und der Leichtigkeit der Operation. Man soll das Gottstein'sche Messer anwenden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. (De l'épistaxis dans le mal de Bright.) Von Dr. Saverny. (Thèse de Paris und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Drei Factoren bedingen dasselbe: Die Dyscrasie, die Arteriosclerose der Nasengefässe und die Herzhypertrophie. Kommen nur ganz im Anfang und am Ende des Morbus Brightii vor; in ersterem Falle von diagnostischer Bedeutung. Locale Behandlung, besonders aber Milchdiät.

Dr. P. K.

Hypertrophie des hinteren Segmentes der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. (Hypertrophie de la muqueuse du segment postérieur de la cloison et troubles de la voix.) Von Dr. Raulin. (Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Die Stimmstörungen können mechanischer oder reflexer Natur sein. Verf. giebt zwei Krankengeschichten, wo nach galvanocaustischer Zerstörung der am hinteren Rande des Septum nasale gelegenen Wülste die Stimme wieder denselben Klang und dieselbe Stärke erhielt. Diese Beobachtungen sind für Sänger und Redner von Wichtigkeit.

Dr. P. K.

Ueber die Cysten des oberen Nasenrachenraumes. (Les kystes de la voûte du pharynx.) Von Dr. Raulin. (Revue de laryngol. No. 17, 1891.)

Verf. betont die Seltenheit dieser Fälle und behauptet, es sei noch keine Monographie über den Gegenstand geschrieben worden. Gestützt auf zwei von ihm beobachtete Beispiele und auf die bestehende Literatur, macht Verf. den ersten Versuch auf diesem Felde. Er giebt Geschichte, Vorkommen, Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose, Prognose nebst Behandlung. Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Die Rolle des Gaumensegels während des Athmens. (Du rôle du voile du palais dans la respiration.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Das Athmen findet durch die Nase allein oder durch den Mund allein, nie durch beide zugleich statt (Smester). Verf. beschreibt die Stellung des Gaumensegels im Zustand der Ruhe, während der Emission der Nasenlaute und drittens während Offenstehen des Mundes. Die vom Verf. gezogenen Schlüsse sind von Wichtigkeit für den Catheterismus der Tuba, für das Gurgeln, für die Nasendouche, für das Schlafenlegen der Kinder. Dr. P. K.

Trichinose der Zungen- und Larynxmuskeln. (Trichines des muscles de la langue et du larynx) Von Dr. Finley. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 45jährige Frau hat eingekapselte Trichinen im Larynx und in der Zunge, sonst nirgends am Körper; sie wurden während des Lebens nicht erkannt, Patientin war an Urämie zu Grunde gegangen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Primäres Zungenerysipel. (Erysipèle primitif de la langue.) Von Dr. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 35jähr. Mann bekommt Zungenerysipel, welches sich dann erst auf den Rachen, die Choanen, die Nase und endlich das Gesicht fortsetzte; nachher wurden die Ohren und die Kopfhaut ergriffen. Heilung. Dr. P. K.

Mandelentzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. Tod. (Amygdalite suivie de bronchopneumonie et de pleuresie. Mort.) Von Dr. Féréol. (La semaine médicale u. Société médicales des hôpitaux, Mai 1891.)

Ein 68jähriger Mann litt an linksseitiger Amygdalitis; rechtsseitige Bronchopneumonie und Pleuritis folgten. Seltener Befund. Dr. P. K.

Behandlung von hypertrophirten Tonsillen mittelst Ignipunctur. (Treatment of Hypertrophied Tonsils by Means of Ignipuncture.) Von Gilbert J. Cullen, Cincinnati, O. (Weekly Med. Review, 8. August 1891.)

Für alle Fälle, wo eine gefahrbringende Blutung zu befürchten ist, oder wo man das Tonsillotom wegen der besonderen Lage der Tonsille nicht anwenden kann, empfiehlt Verf. warm die galvanocaustische Schlinge resp. den Spitzbrenner. W. Fr. (N.-Y.)

---

4 Fälle von Mandelschanker. (Quatre observations de chancre syphilitique de l'amygdale.) Von Dr. Karl Szadek. (Revue de laryngol. No. 7, 1891.)

Alle Männer und immer die rechte Mandel betreffend. Diagnose leicht. Verf. nimmt die Infection nicht durch directen Contact, sondern durch den Speichel an. Dr. P. K.

---

5 Fälle von Mandelschanker. (Cinq nouveaux cas de chancre de l'amygdale.) Von Dr. Malm und Dr. Juell. (Revue internationale des sciences méd. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Verf. erzählen 5 Fälle, bei welchen die Diagnose oft schwer war; bei einem derselben zweifelte man sogar an Epithelioma. Bei allen war Anfangs submaxilläre Drüsenschwellung und die secundären Erscheinungen traten in der gewöhnlichen Zeit ein. Alle waren durch Infection, durch Pfeifen, Gläser und Küchengeschirr entstanden. Dr. P. K.

Infectiöse Angina, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend. (Angine infectieuse ayant donné lieu à des paralysies du nerf phrénique et du pneumogastrique.) Von Dr. Rendu. (Semaine médicale und Société médicale des hôpitaux, Mai 1891.)

Zeichen eines infectiösen Pharynxabscesses. Schmerzen im Epigastrium und am Diaphragma. Zeichen von Neuritis des Phrenicus und des Pneumogastricus; drohender Collapsus und Brechen. Excitirende Behandlung half, die Phrenicuslähmung dauerte noch 6 Wochen. Keine Albuminurie. Heilung ging sehr langsam von Statten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Langdauernde subacute infectiöse Amygdalitis. (L'infection amygdalienne subaigue prolongée.) Von Dr. Legendre. (Le concours médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Gestützt auf zwei Beispiele, behauptet Verf., dass es ausser der acuten infectiösen Angina noch eine subacute giebt, welche sich durch Anschwellen der Halsganglien, Albuminurie, gestörtes Allgemeinbefinden, gastrische Erscheinungen etc. etc. kundgiebt. Dr. P. K.

Neues Amygdalotom. (Nouvel amygdalotome.) Von Dr. Duzae. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Scheerenförmiges und auch als Scheere functionirendes Amygdalotom. Dr. P. K.

Gute Wirkung des Pilocarpin bei schwerem Glottisoedem. (Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'oedème de la glotte.) Von Dr. Suarez de Mendosa. (Revue de laryngol. No. 16, 1891.)

Starkes Glottisoedem, welches die Tracheotomie zu erheischen schien. Sechs Tropfen einer 5procent. Pilocarpinlösung, also ungefähr 12 Milligramm, brachten Erleichterung; dann wurden in 1/4stündlichen Pausen 8 resp. 5 Milligramm eingespritzt. Heilung. Dr. P. K.

Spasmus glottidis. (Le spasme de la glotte.) Von Dr. Gay. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Das Uebel ist ganz einfach eine Respirationsconvulsion, dessen Ausgangspunkt das Centrum, von dem die Adduction der Stimmbänder ausgeht, bildet. Bei Kindern nämlich sind die Functionen der Respirationsorgane am ausgebildetsten und dem Willen am wenigsten unterworfen; zudem ist der Larynx relativ wenig bei Kindern entwickelt. Dr. P. K.

Innervation des Musculus cricothyroideus. (Innervation du muscle cricothyroidien.) Von Dr. Livon. (Bulletin médical und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Section des Laryngeus superior beim Hunde bringt momentane Stimmstörung, welche bald wieder verschwindet; der Musculus cricothyroideus ist intact geblieben; letzterer muss also Nervenfasern noch von anders her beziehen. Diese accessorischen Fasern stehen mit dem Plexus pharyngeus in Beziehung, von welchem sie mittelst eines kleinen Fadens entspringen; um den Musculus cricothyreoideus zu lähmen und atrophisch zu machen, muss ausser dem Laryngeus superior auch dieser Faden durchschnitten werden. Beide Nerven sind also unabhängig von einander. Dr. P. K.

Eine Arteria vertebralis im Pharynx sichtbar. (Une artère vertébrale en vue dans le pharynx.) Von Dr. Gellé. (Société française d'otologie et de laryngol., session annuelle 1891 und Revue de laryngol. No. 14, 1891.)

Bei einer 46jährigen, tertiär syphilitischen Frau sah Verf. im Pharynx eine grosse Arterie, welche nicht für die Carotis interna und nicht für

Digitized by Google

die Pharyngea ascendens gehalten werden konnte; man muss die Arteria vertebralis annehmen, welche bekanntlich in Ausnahmefällen erst in der Höhe des fünften, vierten, dritten oder selbst des zweiten Halswirbels in ihren knöchernen Canal eintritt. Dr. P. K.

Pharynxpolyp. (Polype du pharynx.) Von Dr. Langoutte. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Schluckbeschwerden, Erstickungsanfälle, Tracheotomie, Tod durch eitrige Pneumonie. Die Section ergab einen grossen, an der hinteren Pharynxwand sitzenden und den Larynxeingang bedeckenden Polypen. Dr. P. K.

Infectiöser peripharyngealer Abscess. (Phlegmon infectieux péripharyngien.) Von Dr. Sanvineaud. (Bulletin médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Schlingbeschwerden, Oedem der Mucosa, miliare Abscesse, Athembeschwerden, Tod durch Collapsus. Die Section ergab Eiterinfiltration um den Oesophagus, Pharynx und Unterhautzellgewebe des Halses; es könnte sich auch um Ludwig'sche Angina handeln. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von der subcorticalen motorischen Aphasie und der cerebralen Localisation der Larynxcentren. (Contribution à l'étude de l'aphasie motrice souscorticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés.) Von Dr. Déjerine. (Bulletin de la société de Biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein Larynxcentrum befindet sich im Gehirn, welches Centrum auf ein einziges Stimmband wirkt, obgleich das andere Centrum intact ist. Verf. beweist dies durch zwei Krankheitsfälle. Semon und Horsley behaupteten nämlich im Gegentheil, dass die Stimme nur gestört sei, wenn beide Centren angegriffen seien. Dr. P. K.

Doppelseitige totale Lähmung der Larynxabductoren. (Paralysie complète bilatérale des muscles abducteurs du larynx.) Von Dr. Mayor. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Trat nach Meningitis cerebrospinalis ein; die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Während 7 Jahren wurde der 17jährige Patient beobachtet. Er erstickte im Schlafe durch Herausfallen der Canüle. Dr. P. K.

Gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende Larynxzange. (Nouvelle pince laryngienne antéropostérieure à feute médiane.) Von Dr. Suarez de Mendosa. (Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Stark, präcis wirkend, leicht übersehbar und leicht handbar. Dr. P. K.

Digitized by Google

Larynxlupus. (Lupus du larynx.) Von Dr. Smith. (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx.)

Gesichtslupus, der eine Rhinoplastik nothwendig machte. Tod nach 14 Jahren an Lungentuberculose. Larynx war durch Lupus infiltrirt und microscopisch nachweisbar. Lungen tuberculös; Milz, Leber, Darm, Nieren amyloid entartet. Es war also ein Fall von allgemeiner Tuberculose in Folge von Hautlupus. Dr. P. K.

Larynxpapillome bei einem dreijährigen Kinde, Operation auf endolaryngealem Wege. (Papillomes laryngiens chez un enfant de trois ans; ablation par la méthode endolaryngée.) Von Dr. Fletcher Ingals. (Journal of American Association und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; endolaryngeale Exstirpation. Athmen ohne Canüle, Entfernung der letzteren. Schnell eintretende Recidive, zweite Tracheotomie mit folgender Bronchitis, Tod nach zwei Tagen. Hätte man die Canüle nicht zu frühzeitig entfernt, so wäre keine zweite Tracheotomie nothwendig geworden, es wäre keine Bronchitis und mithin der Tod nicht eingetreten. Dr. P. K.

Thyroiditis mit Pneumococcen. (Thyroidite à pneumocoques.) Von Dr. Gérard Marchand. (Cinquième Congrès français de chirurgie und Revue de laryngol. No. 9.)

Spontane eiterige Entzündung der Schilddrüse; die bacteriologische Untersuchung ergab Pneumococcen; diese sind sehr seltene Fälle, während Peritonitis, Pleuritis, Parotitis mit Pneumococcen relativ häufig sind. Dr. P. K.

Eiterige Larynxperichondritis ohne sonstige Erkrankung des Organs. (Périchondrite laryngée suppurée sans affection antérieure de l'organe.) Von Dr. David Newmann. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 45jährige Frau behauptet, ihr Leiden durch Erkältung in einem feuchten Bette bekommen zu haben. Husten, eiteriger Auswurf, inspiratorische Dyspnoe: Oedem des Larynxeinganges; Lungen gesund. Tod in einem Erstickungsanfall (!). Die Section ergab unterhalb des rechten Stimmbandes einen kleinen Abscess, welcher bis zum ersten Trachealring sich ausdehnte; Cricoidea nach hinten entblösst. Verf. hat noch zwei ähnliche Fälle von primärer Larynxperichondritis beobachtet. Dr. P. K.

Larynxgumma mit Asphyxie. Behandlung mittelst subcutaner Einspritzungen von Quecksilberpepton. Heilung. (Gomme du larynx déterminant l'asphyxie. Traitement par les injections sous-cutanées de peptonate de Mercure. Guérison.) Von Dr. Polo. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngologie No. 7, 1891.)

Die nöthig erachtete Tracheotomie wurde verweigert. Am rechten Arme wurden die betreffenden subcutanen Einspritzungen gemacht. — Heilung nach einem Monate. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. (Corps étranger du larynx extrait par la laryngotomie.) Von Dr. Périer. (Semaine médicale No. 29, 1891.)

Ein 13jähriges Mädchen bekam ein Stück Hammelknochen in den Larynx. Schmerz und Erstickungsanfall, 4 Stunden nachher Tracheotomie; Fremdkörper konnte nicht entfernt werden, Aphonie, Athmung ohne Canüle unmöglich Nach einem Monat Laryngofissur und Extration des Knochens. Es wurde keine Tamponcanüle angewandt und durch die Trachealcanüle chloroformirt, die Blutung wurde mit Erfolg durch Betupfen mittelst mit wässeriger Analgesinlösung (āā) getränkten Tampons gestillt. Dr. P. K.

Larynxsymptom im Verlaufe des Morbus Brightii. (Un accident laryngé dans le cours du mal de Bright.) Von Dr. Mendel. (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Larynxoedem im Verlauf der Albuminurie bei einem 50jährigen Manne, nach 20jähriger Dauer der Krankheit erst eintretend. Es bestand von jeher ein kleiner Tumor in der vorderen Stimmbändercommissur und dieser machte aus dem Larynx einen „Locus minoris resistentiae". Dr. P. K.

Larynxfractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Clarac. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Doppelte Fractur der Cartilago cricoidea; 2 Tage nach dem Unfall kam ein Erstickungsanfall; Tracheotomie half nicht mehr, weil sie zu spät kam. Man soll gleich nach gestellter Diagnose die Tracheotomie ausführen; bei Fractur der Cart. cricoidea soll man die Laryngotomia intercricothyroidea ausführen, weil die Canüle mit dem Schilde zugleich als Contentivverband dient. Dr. P. K.

Larynxstenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. (Sténose laryngée causée par l'adduction forcée des cordes vocales chez un malade atteint de cancer de l'oesophage.) Von Dr. Blackmann. (Brit. med. Joarnal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 51jähriger Mann hat inspiratorische Dyspnoe und Erstickungsanfälle. Hypertrophie der Larynxknorpel. Lungen gesund. Schleimigeitriger Auswurf mit Husten, Phonationsstellung der Stimmbänder. Tod. Oesophaguscarcinom, welches die Recurrentes in Mitleidenschaft zog, Ankylose der Articulationes cricoarytaenoideae. Dr. P. K.

Doppelte Laryngofissur wegen zwei Larynxtumoren. (Laryngofissure double pour 2 tumeurs consécutives du larynx.) Von Dr. Semon. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Operation ist bei allen malignen Larynxtumoren indicirt, wenn letztere genau umschrieben sind; 2) bei zweifelhafter Diagnose ist die Operation noch anzurathen; auch wenn gutartige Tumoren mit breiter Basis aufsitzen, ist die Operation

Digitized by Google

anzurathen; 3) bei Kindern unter 10 Jahren ist sie immer anzurathen; 4) bei malignen Tumoren soll man so frühzeitig als möglich operiren; 5) das gesunde unterliegende Gewebe soll mit exstirpirt werden; 6) bei strenger Antisepsis, genau medianalem Schnitt und genauer Sutur ist keine Lebensgefahr und bleibt die Stimme erhalten. Dr. P. K.

Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. (Effects de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie.) Von Dr. Gérard. (Pratique médicale und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Nach ausgeführter Tracheotomie bewirkt der Inspirationsdruck durch Collaps der angeschnittenen Trachealringe Dyspnoe; dies tritt besonders im Momente der Eröffnung der Trachea ein; man soll also die Canüle schnell einführen. Dasselbe kann beim Versuche, die Canüle zu entfernen, eintreten. Verf. räth demnach die Operation so hoch als möglich auszuführen, den Schnitt möglichst klein zu machen und sich eines Instrumentes zu bedienen, welches zugleich schneidet und die Canüle einführt, d. h. eine Canüle, deren innere Canüle durch ein Tracheotom ersetzt ist. Dr. P. K.

Mediastinalabscess nach Tracheotomie. (Abcès du médiastin consécutif à la trachéotomie.) Von Dr. Fromaget. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Plötzlicher Tod einige Tage nach der Tracheotomie. Die Section ergab Eiter in der Umgebung der Trachea, des Oesophagus und im hinteren Mediastinum. Verf. glaubt, dass der Tod durch Druck des Eiters auf den Vagus entstanden sei. Dr. P. K.

Ueber Fremdkörper im Larynx. (Sur les corps étrangers du larynx.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 6jähriger Knabe bekam beim Essen von Reis und gehacktem Hammelfleisch einen Knochensplitter in den Larynx. Kein Erstickungsanfall. Das Laryngoscop ergab wegen tiefstehender Epiglottis und Unbeweglichkeit der Aryknorpel keine Diagnose; Dyspnoe unbedeutend; selbe nahm während der Nacht zu und am anderen Tage wurde die Tracheotomie nöthig. Athmen gleich nachher normal. Extraction per os gelang nicht; der Knochen wurde mittelst einer in die Trachealwunde eingeführten Zange nach oben aus dem Larynx in den Mund gestossen und mit den Fingern aus dem Munde entfernt.

Verf. betont das häufige Vorkommen von Splittern von Hammelfleischknochen in den obersten Luftwegen; diese Häufigkeit rührt von dem Zerhacken des Fleisches und der unvorsichtigen Bereitungsweise der Speise her. Dr. P. K.

Fremdkörper des Larynx und der Trachea beim Kinde. (Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant.) Von Dr. Jules Simon. (La clinique und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Ein 19 Monate altes Kind bekam Erstickungs-Erscheinungen beim Essen von Kastanien. Tracheotomie; erst nach 17 Tagen konnte bei

Digitized by Google

herausgezogener Canüle ein Stück Kastanienschale entfernt werden. Fieber mit Bronchopneumonie, Tod.

Ein 6jähriges Kind ass Meerkrebs und bekam ein Stück Schale in den Larynx. Erstickungserscheinungen. Brechmittel half.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Tracheotomie ist jeder Expectation vorzuziehen; nach ausgeführtem Trachealschnitt soll man die Canüle nicht gleich einführen, sondern die Wundränder auseinander halten und dem Patienten verschiedene Körperlagen geben; wenn der Fremdkörper auf diese Weise herausbefördert wird, soll man dennoch 2 Tage lang eine Canüle liegen lassen wegen der Blutung und dem Hautemphysem. Wird der Fremdkörper nach ausgeführtem Trachealschnitt nicht ausgeworfen, so soll man eine grosse Canüle einlegen, selbe von Zeit zu Zeit wechseln und dann jedes Mal die Lageveränderungen des Körpers nebst Extractionsversuchen vornehmen, Pat. unter die besten hygienischen Verhältnisse bringen und strenge Antisepsis beobachten.

Dr. P. K.

Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. (Rétention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans.) Von Dr. Marick P. Ravenel. (Médical News und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Ein 45jähriger Mann hatte als 7jähr. Kind eine Nadel verschluckt, welche nicht herausbefördert wurde; im Alter von 38 Jahren fürchteten die Aerzte Lungenphthisis, welche Symptome jedoch vorübergingen, es blieben nur Rauhigkeit der Stimme und continuirliches Hüsteln zurück. Am 29. Januar 1891 kam ein starker Hustenanfall mit Herauswerfen der schwarzgefärbten Nadel; gar kein Blut; die Stecknadel war $2^1/_2$ Ctm. lang und mit einer $1^1/_2$ Millimeter dicken Incrustation umgeben; die Spitze war leicht umgebogen. Die beiden symmetrisch an den hinteren Enden beider Taschenbänder gelegenen Wunden lassen schliessen, dass die Stecknadel quer auf dem Larynx auflag. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Larynxmyxomen. (Contribution à l'étude des myxomes du larynx.) Von Dr. Dudefoy. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1891.)

Aprikosenkerngrosses Myxom am vorderen Drittel des linken Stimmbandes; microscopische Diagnose. Verf. erzählt den Fall genau wegen der Seltenheit solcher Tumoren. Dr. P. K.

Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. (A Case of Thyreotomy in a Child Eighteen Months Old.) Von Clinton Wagner, New-York. (The New-Xork Med. Journal, 7. November 1891)

Ein 18monatliches Kind, das von seinen barbarischen Eltern in den Rocky Mountains im Stich gelassen war, blieb stundenlang Wind und Wetter ausgesetzt, bis es von barmherzigen Mitmenschen aufgenommen wurde. Das Kind wurde bald aphonisch und später auch dyspnoisch. Als W. es zum ersten Male sah, hatte die Dyspnoe einen ziemlich hohen Grad erreicht. Eine laryngoscopische Untersuchung war unmöglich, jedoch kam Verf. bald zu der Ueberzeugung, dass die Ursache des Luftmangels im Larynx lag. Er tracheotomirte also, machte 14 Tage später die Thyreotomie und fand auf dem linken Stimmbande ein erbsengrosses

Digitized by Google

Papillom, das er entfernte. Nach 10 Tagen verliessen die Leute die Stadt und Verf. erfuhr, dass das Kind später gut durch Mund und Nase athmete. 11 Monate nach der Operation erlag es jedoch der Grippe.
W. Fr. (N.-Y.)

Exstirpation eines Larynxhygroma. (Extirpation d'un hygroma du larynx.) Von Dr. Tolmatcleff. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 40jähr. Frau hat seit 6 Jahren einen hühnereigrossen, weichen, schmerzlosen, fluctuirenden, mit den tiefen Theilen verwachsenen Tumor. Probepunction ergab eine hellgelbe Flüssigkeit. Nach der Exstirpation sah man, dass die Cyste von einem ringförmigen, auf der Seitenwand des Larynx aufsitzenden Papillom herstamme; das Papillom wurde mittelst der Scheere entfernt, die Basis mit dem Thermocauter gebrannt, die profuse Blutung mittelst Eis und Tamponade gestillt. Heilung in 26 Tagen.
Dr. P. K.

Ueber Thyroidectomie. (De la thyroidectomie.) Von Dr. A. Reverdin. (Cinquième Congrès français de chir. und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Verf. erwähnt 14 von ihm operirte Fälle, von denen nur 1 tödtlich endete; letzterer Patient hatte eine ganz erweichte Trachea; es ist überhaupt der einzige dem Verfasser Verstorbene. Bei kleinen Kindern soll man nicht operiren, man soll nie die Totalexstirpation vornehmen; immer soll das gesunde Gewebe geschont und das kranke entfernt werden. Ein grosser, linealer, am vorderen Rande des Sternomastoideus geführter Schnitt genügt gewöhnlich. Also partielle Exstirpation oder die von Luigi Porta zuerst ausgeführte und neuerdings von J Reverdin eingeführte Enucleation sollen nur ausgeführt werden. Verf. beschreibt nun seine Methode.
Dr. P. K.

Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen. (Useful Deductions Derived from the Study of a Case of Cicatricial Coutraction of the Larynx Possessing Unusual Clinical Features, with Exhibition of Specimen.) Von W. C. Jarvis, New-York. (The New-York Med. Journal, 7. November 1891.)

J. berichtete folgenden interessanten Fall vor der laryngologischen Gesellschaft von Amerika: Ein 60jähriger Mann, der in seinem zwanzigsten Lebensjahre luetisch inficirt worden war, litt an plötzlich auftretenden asthmatischen Anfällen. Seine Sprache war rauh, angestrengt, aber leicht verständlich. Vor 10 Jahren waren wiederum Symptome von Lues in der Nase aufgetreten, wo colossale Verwüstungen vor sich gingen. Diese interessiren uns jedoch hier weiter nicht.

Die Epiglottis bot den Anblick von einem kleinen narbegewebigen Stumpf dar. Die Aryknorpel waren nur noch unkenntliche knorpelige Ueberreste ihrer früheren Gestalt und die Rima glottidis war kreisrund und nicht grösser, als der Querdurchmesser eines Streichholzes! Durch eine solche Oeffnung athmete Pat. noch über 2 Jahre lang. — Die wiederholten schweren Erstickungsanfälle waren nach Ansicht des Verf. hervorgebracht 1) durch kleine Nahrungs-Partikelchen,

Digitized by Google

welche in den durch keine Epiglottis geschützten Larynx leicht hineingelangen konnten (? Ref.), 2) durch einen Spasmus laryngis, der in Folge der besonderen Trockenheit der Larynx-Schleimhaut entstand, 3) durch herabfliessenden Schleim und 4) durch wiederholte subacute Entzündung der Larynx-Schleimhaut selber. Um Trockenheit zu verhüten, bekam Pat. einen Apparat mit comprimirter Luft, mit Hilfe dessen er sich selbst die verschiedensten fettigen Substanzen in den Larynx brachte. Am besten wirkten Inhalationen von geschmolzenem Vaselin. Ausserdem bekam er natürlich Jodkalium. Auf diese Weise erhielt Verf. den Pat. über 2 Jahre lang in leidlich gutem Zustande, worauf die Symptome sich steigerten und Tracheotomie angerathen wurde. — Verf. hielt die Intubation wegen zu grosser Enge der Glottis für contraindicirt. — Patient liess sich jedoch nicht tracheotomiren und starb bald darauf an einer acuten Gastro-Enteritis. W. Fr (N.-Y.)

INHALT.

I. Originalien: Hansberg: Beitrag zur Sinusthrombose. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Schluss). — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen. — II. Referate und Recensionen: a) Rhinologische: Freudenthal: Ueber das Ulcus septi nasi perforans. — Peyrissac: Electrolyse der Nasenscheidewand. — Kurz: Einfache und leichte Methode, die Nasenpolypen zu entfernen. — Boyals: Bromäthyl bei Operation der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes. — Saverny: Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. — Raulin: Hypertrophie des hinteren Segmentes der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. — Raulin: Die Cysten des oberen Nasenrachenraumes. — b) Pharyngolaryngologische: Couetouz: Die Rolle des Gaumensegels während des Athmens. — Finley: Trichinose der Zungen- und Larynxmuskeln. — Garel: Primäres Zungenerysipel. — Féréol: Mandelentzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. — Cullen: Behandlung von hypertrophirten Tonsillen mittelst Ignipunctur. — Szadek: 4 Fälle von Mandelschanker. — Malm und Juell: 5 Fälle von Mandelschanker. — Rendu: Infectiöse Angina, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend. — Legendre: Langdauernde subacute infectiöse Amygdalitis. — Duzac: Neues Amygdalotom. — Mendosa: Gute Wirkung des Pilocarpin bei schwerem Glottisoedem. — Gay: Spasmus glottidis. — Livon: Innervation des Musculus cricothyroideus. — Gellé: Eine Arteria vertebralis im Pharynx sichtbar. — Langoutte: Pharynxpolyp. — Sanvineaud: Infectiöser peripharyngealer Abscess. — Déjerine: Beitrag zur Lehre von der subcorticalen motorischen Aphasie und der cerebralen Localisation der Larynxcentren. — Mayor: Doppelseitige totale Lähmung der Larynxabductoren. — Mendosa: Gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende Larynxzange. — Smith: Larynxlupus. — Ingals: Larynxpapillome bei einem 3jährigen Kinde, Operation auf endolaryngealem Wege. — Marchand: Thyroiditis mit Pneumococcen. — Newmann: Eiterige Larynxperichondritis ohne sonstige Erkrankung des Organs. — Polo: Larynxgumma mit Asphyxie. Behandlung mittelst subcutaner Einspritzungen von Quecksilberpepton. — Périer: Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. — Mendel: Larynxsymptom im Verlaufe des Morbus Brightii. — Clarac: Larynxfractur. — Blackmann: Larynxstenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. — Semon: Doppelte Laryngofissur wegen zwei Larynxtumoren. — Gérard: Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. — Fromaget: Mediastinalabscess nach Tracheotomie — Koch: Fremdkörper im Larynx. — Simon: Fremdkörper des Larynx und der Trachea beim Kinde. — Ravenel: Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. — Dudefoy: Beitrag zur Lehre von den Larynxmyxomen. — Wagner: Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. — Tolmatcleff: Exstirpation eines Larynxhygroma. — Reverdin: Ueber Thyroidectomie. — Jarvis: Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Februar 1892.** **No. 2.**

Fr. E. Weber-Liel.

Ich bin ihm vor Jahren näher getreten, ich habe ihn in seiner wissenschaftlichen Thätigkeit gesehen, habe seine Freundlichkeit und Güte erfahren und deshalb fühle ich das Bedürfniss, in dankbarer Erinnerung seinem Geiste die letzte Ehre zu zollen, in der Erscheinungen Flucht das Bild des Mannes zu sichern, wie es jetzt dasteht noch in frischer Erinnerung und geklärt von dem Hauche dankbarer Stimmung.

Friedrich Weber-Liel wurde am 19. October 1832 zu Coblenz geboren. Seine Eltern waren der Kammer-Präsident Joseph Weber und Franziska von Liel. Seine Jugend verbrachte er in Coblenz, wo er das Gymnasium besuchte und beim Abiturienten-Examen im Jahre 1850 durch den besten Aufsatz sich so auszeichnete, dass er denselben der verstorbenen Kaiserin Augusta vortragen musste. Seine Universitätsstudien verbrachte er in Bonn, Heidelberg und Würzburg. Seine erste Assistentenstelle erlangte er in Bonn bei Professor Kilian. Bald siedelte er nach Berlin über, wo er auch mit Alexander v. Humboldt näher bekannt wurde und später im Laboratorium von Helmholtz viel thätig war. Im Jahre 1872 verehelichte er sich mit Fräulein

Digitized by Google

Addie Bonney; im selben Jahre wurde er Docent an der Berliner Universität, wo er bis zum Jahre 1884 verblieb, in welchem Jahre er als Professor nach Jena berufen wurde. Daselbst blieb er bis 1886, legte seine Professur gesundheitshalber nieder und zog sich auf sein Gut Vallendar zurück. Sich besser fühlend, übersiedelte er nach 3 Jahren nach Bonn, wo er bis zum vorigen Jahre thätig war, dann, von der Influenza schwer heimgesucht, seine Praxis niederlegen musste, bis er am 28. November 1891 einem 10jährigen chronischen Leberleiden erlag.

Wir haben ihn 20 Jahre in dieser Zeitschrift wirken gesehen, in der Zeit seines noch kräftigen Mannesalters.

In der langen Reihe tonangebender Namen, welche die Annalen dieser Zeitschrift seit ihrem Entstehen zieren, ist der seinige einer der besten gewesen, der es verdient, dass wir auf das noch frische Grab den Kranz unserer Anerkennung niederlegen. Mögen Einzelne im Einzelnen von seinen Lehren abweichen, mögen die Meinungen auseinandergehen in der Werthschätzung der verschiedenen Arbeiten, mit denen er uns beschenkte, darin müssen Alle übereinstimmen, dass er dazu beigetragen, die Bahnen vorzuzeichnen und zu eröffnen, auf denen sich die heutige Otiatrie bewegt, und dass er, einer der Ersten unter den Modernen, den Geist und das Streben derselben in sich verkörpert hat.

Uns Jüngeren fällt es in der That schwer, eine klare Vorstellung von dem Zustand der otologischen Anschauung zu der Zeit zu erhalten, als Weber-Liel mit jugendlicher Begeisterung und innerster Ueberzeugung in die Schranken einer Arena trat, die mit einem Gemisch von Mystik und Autoritätsglauben, Rationalismus und krassem Empirismus erfüllt war. Es hat in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts in der ohrenärztlichen Welt sehr sonderbar ausgesehen. Auf der einen Seite war man jeder streng naturwissenschaftlichen Methode beinahe ganz bar und andererseits erging man sich auf dem unsicheren Boden haltloser Speculationen. Die pathologische Anatomie, die physikalische Methode, die Physiologie standen noch in äusserst lockerem Zusammenhang mit der eigentlichen Ohrenheilkunde, und Microscopie und alle anderen wissenschaftlichen Behelfe haben in ihr wenig Anwendung gefunden.

Um diese Zeit traten die Begründer der neueren Ohrenheilkunde, deren grössere Zahl wir das Glück haben, noch jetzt emsig und erfolgreich an der Arbeit zu sehen, unter ihnen auch Weber-Liel auf. Mit einer Reihe beachtenswerther Arbeiten hilft er die naturwissenschaftliche Methode in die Ohrenheilkunde einzubürgern und die neue Richtung wirkungsvoll zu propagiren. Um das letztere erfolgreicher thun zu können, wurde auf seine Initiative im Vereine mit den jetzigen Herausgebern 1867 diese Monatsschrift gegründet, welche nunmehr als das verbreitetste Fachjournal seiner Art erscheint.

Digitized by Google

Es liegt ganz ausserhalb dieser Zeilen — welche nichts Anderes sein wollen, als der Trauergruss eines theilnehmenden Collegen und Freundes —, in die Details aller Arbeiten Weber-Liel's einzugehen. Kennen wir doch alle die Resultate seiner rastlosen Arbeitskraft, seines Verstandes und seiner scharfen Beobachtungsgabe, die er in dieser Monatsschrift niedergelegt. Drei seiner Schriften müssen wir doch speciell hervorheben, nämlich: Die Untersuchungen, die er im Laboratorium von Helmholtz „über den Zusammenhang des Arachnoidalraumes mit dem Labyrinthe" ausführte, ferner seine Arbeit über „Die Durchschneidung der Sehne des Tensor tympani" und sein Werk „Ueber das Wesen und die Heilbarkeit der häufigsten Form progressiver Schwerhörigkeit". Diese drei Arbeiten haben eine bedeutende Anregung zu weiteren Forschungen gegeben, und namentlich die zwei letzteren haben dahin geführt, dass eine ganze Reihe von consecutiven Ohrenkrankheiten näher studirt worden ist. Die Arbeit über den Zusammenhang des Subarachnoidalraumes mit dem Gehörlabyrinthe kann mit Recht ein Muster academischer Dissertationen genannt werden, die ihren Werth für immer behalten wird. In der That war er noch damals ein Mann der Wissenschaft, erfüllt und durchdrungen von ihren höchsten Principien, unablässig trachtend nach ihrer werkthätigen Verwirklichung, eifrig im Suchen, Lernen und Forschen, streng gerecht gegen sich und Andere. Wenn manche seiner Publicationen von ihm selbst überschätzt und in der Folge deren Inhalt widerlegt wurde, so kann uns das um so weniger befremden, da sein erstes Auftreten zur Zeit der otiatrischen Sturm- und Drangperiode geschah und es auch bei Anderen vorkam, dass wegen der zu raschen Ausführung der guten Idee Abbruch geschah. Immerhin muss Weber-Liel als einer Derjenigen anerkannt werden, welche zur Entwickelung der neueren Ohrenheilkunde wesentlich beitrugen, und es soll dies um so mehr betont werden, als es in unserer Zeit gar leicht geschieht, dass bedeutende Menschen, wenn sie, wie dies bei Weber-Liel der Fall war, ohne ausgebreitete kameradschaftliche Verbindung standen, sehr leicht vergessen werden.

Die Blüthezeit seines Lebens lag, obgleich er noch verhältnissmässig jung war, im Jahre 1880 — schon hinter ihm; das habe ich leider aus seinen beinahe unleserlichen Briefen, die er mir nach Paris sandte, erkannt. Als ich ihn in Berlin wiedersah, war er nicht mehr der Alte, und Jena hatte an ihm einen gebrochenen, kranken Mann.

Ach, welcher tragische Gegensatz! Als ich im Mai 1877, durch Gruber brieflich eingeführt, seine erste Bekanntschaft machte und gastliche Aufnahme fand in seinem engeren Familienkreise, fand ich ihn kräftig, hoch und stark gebaut, heiter und liebenswürdig. Er war wohl kein harmonischer Character, seine verschiedenen geistigen Thätigkeiten contrastirten unter einander, er hatte Bizarrerien und paradoxe Launen, doch Krankhaftes war mir

Digitized by Google

unbemerkt. Ich schrieb in mein Tagebuch: „Diese Bekanntschaft erquickt Gemüth und Geist. Ja, Freundschaft und Theilnahme thut wohl, wie erst die des älteren, in sich fertigen Mannes.“ — Weber-Liel war von Haus aus eine naive Natur und von heiterer Grundstimmung des Gemüthes; dabei besass er eine grosse Frische und Lebendigkeit des Geistes mit einem Anflug von Humor, der es liebte, gelegentlich einmal in ein Wort des Scherzes sich zu entladen. Ich blickte gerne in das klare, blaue Auge, das nicht blos klug und forschend in die Welt hinausschaute: es leuchtete und strahlte auch wohlwollende und freundliche Gesinnung hervor.

Indem ich mich, einem tiefgefühlten Drange nachgebend, Jenen zugeselle, welche den Todten betrauern, mache ich mich gewiss zum Dolmetsch seiner Freunde, Verehrer, Schüler und Fachgenossen, denen seine Lehren und sein Streben zum Gewinn geworden. Ich thue dies in dem vollen Bewusstsein dankbarster Verehrung und Hochachtung für den Mann, dessen Name für immer mit einer der schönsten, weil fruchtbarsten Perioden der Ohrenheikunde verbunden sein wird.

Sein Auge, das so glänzend war bei der Arbeit und so hell aufschlug, wenn es lächelte, ist gebrochen; die kräftige, breite Schulter liegt auf ewig starr, und der mächtige Kopf, er verräth noch an der Leiche, dass wir einen begabten, trefflichen Mitarbeiter verloren haben.

Friede seiner Asche!

Budapest, im December 1891.

Dr. Kornel Lichtenberg.

I. Originalien.

Beitrag zur Sinusthrombose.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

(Schluss.)

Ein Symptom, das sich vielleicht für die Annahme einer Sinusphlebitis resp. Mastoiditis verwerthen liess, war in meinem Fall die Empfindlichkeit*) der Regio retromaxillaris, die nach mehrtägiger Dauer wieder schwand, dagegen bestand an dieser Stelle keine Anschwellung, die in dem Moos'schen Fall beobachtet wurde, der durch die Auf-

*) Schwartze betont bei Sinusthrombose die Empfindlichkeit auf Druck im Verlauf der Vena jugularis interna, die im weiteren Verlauf wieder schwinden könne (Lehrbuch der chir. Krankheiten des Ohres S. 405.).

Digitized by Google

meisselung des Warzenfortsatzes ohne Freilegung des Sinus geheilt werden konnte.

Was aber besonders in Betracht kommt, ist in meinem Fall das Fehlen einer Anschwellung seitlich am Halse im Verlauf der Vena jugularis interna, bekanntlich das einzige absolut sichere Symptom der Sinusthrombose.

Im Anfang der Erkrankung dachte ich natürlich an Meningitis. wofür vor Allem der heftige Stirnkopfschmerz, sodann das bald auftretende Erbrechen und die Stuhlverstopfung sprachen, allerdings waren zweifellos sichere Symptome für Meningitis nicht vorhanden, es ist ja aber bekannt, wie wechselnd und mannigfaltig gerade bei Meningitis die Symptome sein können. In dieser Annahme, die auch von Dr. Blanke getheilt wurde, wurde ich zweifelhaft, als der erste Schüttelfrost eintrat, dem am folgenden Tage zwei neue folgten. Die Diagnose schwankte nun zwischen Sinusthrombose, Hirn- und subduralem Abscess, wenigstens eine von diesen 3 Möglichkeiten liess das deutlich pyämische Fieber mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen.

Bei den im Allgemeinen, abgesehen von den Schüttelfrösten, negativen Symptomen fand ich keine Anhaltspunkte, mich für eine dieser 3 Erkrankungen bestimmt zu entscheiden, ich liess daher die Diagnose in suspenso, immerhin aber glaubte ich, nachdem mehrere Schüttelfröste bereits eingetreten waren, mit der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und event. nachfolgender Freilegung des Sinus resp. Trepanation des Schädels nicht mehr länger warten zu dürfen, da die Operation wenigstens die Möglichkeit einer Heilung erwarten liess, ein längeres Zuwarten aber mit Sicherheit den lethalen Ausgang herbeiführen musste.

Der operative Eingriff kam in meinem Fall leider zu spät, es trat aber gleich nach der Aufmeisselung und Ausräumung des jauchigen Sinus eine so eclatante Besserung ein, ebenso wie bei dem von Zaufal operirten Kranken, dass ich mich in ähnlichem Fall zur noch frühzeitigeren Operation entschliessen würde, sobald nur einigermaassen der Verdacht auf Sinusthrombose begründet erscheinen würde. Die Aufmeisselung und auch die Freilegung des Sinus ist ein an und für sich ungefährlicher Eingriff, sicherlich bei Weitem weniger mit Gefahren für den Kranken verknüpft und mehr Aussicht auf Erfolg versprechend, als ein ruhiges Zuwarten. Es kann daher den von Schwartze, Zaufal und Moos befürworteten Vorschlägen zu möglichst frühzeitigen operativen Eingriffen bei Sinusthrombose nur unbedingt zugestimmt werden. Zudem sind verschiedene Heilungen bereits mitgetheilt worden, die in dem Fall von Salzer ausser allem diagnostischen Zweifel und zu eclatant war, als dass von einem Zufall hätte die Rede sein können, dagegen bin ich im Zweifel, ob in dem Orlow'schen Fall es sich um Sinusthrombose und nicht um einen subduralen Abscess gehandelt hat.

Ich halte es aber in allen Fällen, und nicht allein bei Sinusthrombose, sondern auch bei Hirnabscess, für unbedingt indicirt, stets zuerst gegen das Grundleiden, die Ohreiterung vorzugehen, also die Aufmeisselung vorauszuschicken, in vielen Fällen, so auch in dem meinigen, führt uns dieselbe allein schon auf die gefährliche Folgeerkrankung und erleichtert die Operation der letzteren. In dieser Beziehung ist besonders der kürzlich von Friedenwald beschriebene Fall lehrreich, bei dem bei

Digitized by Google

ebenfalls negativem Befunde Seitens des Warzenfortsatzes die auf den Verdacht eines vorliegenden Hirnabscesses hin vorgenommene Trepanation des Schädels einen negativen Befund, dagegen die später ausgeführte Aufmeisselung Empyem des Warzenfortsatzes und Sinusthrombose ergab.

Es ist möglich, dass eine frühzeitigere Operation meinen Kranken gerettet haben würde, sicher würde ich in ähnlichem Fall, bei dem wie hier wohl mit Evidenz das Ohr als der Ausgangspunkt des Leidens angesehen werden konnte, selbst auf die Gefahr einer bereits eingetretenen Meningitis hin, den Versuch machen, den Kranken durch zeitigeres Operiren zu retten, natürlich unter entsprechender Reserve den Angehörigen gegenüber; im Allgemeinen gebietet uns indessen die Klugheit, bei muthmaasslich bereits eingetretener Meningitis mit der Operation vorsichtig zu sein, da das Publikum nur allzu geneigt ist, einen eventuellen Misserfolg der Operation zur Last zu legen. Lediglich unter diesem Gesichtspunkte liess ich mich bestimmen, zu warten, bis die eintretenden Schüttelfröste eine andere Diagnose zuliessen.

Der Sectionsbefund nimmt in vorstehendem Fall besonders unser Interesse in Anspruch. Zunächst fällt die weite Ausdehnung der Sinusthrombose in die Augen, die sich nicht auf den Sinus transversus beschränkte, sondern auch auf den Sinus confluum, den Sinus longitudinalis und petrosus superior übergegriffen hatte, dagegen die Vena jugularis interna und ihren Bulbus verschont liess. In Folge dieser ungeheuren Ausdehnung der Sinusverstopfung wurde natürlich ein hochgradig erschwerter Abfluss des venösen Blutes aus der linken Gehirnhälfte herbeigeführt, demgemäss hier die colossalen Emissarien entstanden, deren bis jetzt nur Zaufal erwähnt.

Die Lücke im Tegmen antri überraschte mich, sie war nicht während der Operation gefunden worden, mit Sicherheit darf aber als ausgeschlossen betrachtet werden, dass mit dem Meissel die Decke des Antrums verletzt worden sei, diese vorgefundene Oeffnung mit dem einliegenden Sequester war vielmehr das Product eines schon lange bestandenen cariösen Processes, wofür besonders auch die schmutzig-gelb verfärbten Ränder der Oeffnung sprechen. Merkwürdiger Weise war die Dura hier anscheinend intact und nicht verdickt.

Der Tod wurde bei meinem Kranken durch die metastatischen Veränderungen in der Brust- und Unterleibshöhle herbeigeführt, und es ist anzunehmen, dass dieselben eine ununterbrochene Nahrung erhielten durch die in der Nähe des Sinus confluum im Sinus transversus noch fortbestehende Eiterung. Dieser Abscess ist aber als ein abgekapselter zu bezeichnen, sonst würde 1) nicht die bedeutende Delle in der hinteren Schädelgrube, die eine durch den Eiter erzeugte reine Rarefaction des Knochens darstellt, entstanden und 2) eine diffuse Meningitis erzeugt worden sein.

Es dürfte vielleicht auffallend erscheinen, dass ich es hier für erforderlich hielt, die Pars ossea des Trommelfells wegzumeisseln und mich nicht mit der einfachen Eröffnung des Antrums begnügte. Ich habe es mir indessen im letzten halben Jahre zur Regel gemacht, bei allen chronischen Eiterungen im Kuppelraum und im Antrum, insbesondere aber bei Cholesteatom, die nicht von den natürlichen Wegen aus geheilt werden können, die äussere Wand des Kuppelraumes wegzumeisseln, um

Digitized by Google

diesen und das Antrum als einen einzigen nach aussen freiliegenden Hohlraum der directen Behandlung zugänglich zu machen. Wie bereits anderweitig hervorgehoben wurde, entspricht dieses Verfahren mehr den chirurgischen Grundsätzen, ausserdem ist die Nachbehandlung sehr vereinfacht, der Verlauf abgekürzt und der Erfolg ein fast absolut sicherer.

Es kann nicht meine Absicht sein, hier auf diese Methode näher einzugehen, es ist bekannt, dass sich unter den Chirurgen für dieselbe von Bergmann und Küster, unter den Ohrenärzten Zaufal[1]), Hartmann, Hessler, Jansen[2]), Kretschmann[3]) und in der letzten Zeit auch Schwartze[4]) ausgesprochen haben, besonders aber Stacke hat sich um Einführung dieser neuen Operationsweise die grössten Verdienste erworben und bereits eine grosse Zahl glücklicher Operationen ausgeführt. Ich habe in diesem Jahre 14 Mal die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, darunter nur 1 Mal bei acuter Eiterung, und habe im Ganzen 5 Mal nach Stacke operirt. Von allen diesen Operirten ist keiner gestorben bis auf den vorbeschriebenen Fall, bei dem der Tod unabhängig von der Operation auftrat. Ich halte die Abmeisselung der Pars ossea nach hinreichender Vorübung an der Leiche und ergiebiger Freilegung des Operationsgebietes nicht einmal für so sehr schwierig, besonders wenn man nach Eröffnung des Antrums, wie Stacke hervorhebt, eine Sonde durch dieses in die Paukenhöhle einführt und über dieser einmeisselt. Hierzu eignet sich sehr die dünne elastische Sonde von Hartmann, mit der es mir in allen 5 Fällen leicht gelang, sofort nach Eröffnung des Antrums bis tief in die Paukenhöhle einzudringen und hier die Spitze der Sonde zu sehen. Facialislähmung und sonstige Nebenverletzungen habe ich nie bekommen, trotzdem ich in 3 Fällen, in denen es sich um Cholesteatom handelte, den Kuppelraum bei Weitem ausgiebiger, als im vorbeschriebenen Fall freigelegt hatte. Bei der Nachbehandlung liess ich die Oeffnung hinter dem Ohre höchstens einige Wochen offen und behandelte dann vom äusseren Gehörgang aus; der Verband wurde nur selten gewechselt.

Ich möchte hier noch einen zweiten Fall anführen, bei dem es sich möglicher Weise um beginnende Sinusthrombose handelte, die durch sofortige Aufmeisselung einen günstigen Verlauf nahm.

Philipp Sch., Arbeiter aus Dortmund, 35 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an Otorrhoe auf dem linken Ohre, die bis dahin keine Beschwerden verursacht hatte. Ende März 1891 Schmerzhaftigkeit im linken Ohr, Anschwellung des Warzenfortsatzes, wird daher dem hiesigen städtischen Krankenhaus und am 7. April mir zur Behandlung überwiesen.

Pat. ist von mittlerer Grösse, sieht sehr blass und cachectisch aus und ist stark abgemagert. Fieber nicht vorhanden. Er giebt an, Tags vorher einen Schüttelfrost gehabt zu haben, derselbe sei indessen bis heute nicht wiedergekehrt. Fötide Eiterung aus dem linken Gehörgang, Trommelfell getrübt, vorn oben verdeckt durch 2 Polypen, nach deren Entfernung mit der Cürette eine Fistel in der Shrapnell'schen Membran sich findet, durch die man mit der

---

[1]) Versammlung süddeutscher Ohrenärzte in Nürnberg 1890 und X. intern. Congress in Berlin 1890.

[2]) X. intern. Congress in Berlin 1890.

[3]) Naturforscher-Versammlung in Halle 1891.

[4]) Ibidem.

Digitized by Google

Sonde in den Kuppelraum gelangt und auf rauhen Knochen stösst. Hinten oben, dicht am Trommelfell, enge Fistel in der knöchernen hinteren Gehörgangswand. Am Tage vorher war wegen starker Eiteransammlung unter der Haut des Warzenfortsatzes von Dr. Brölemann eine Incision gemacht worden, aus der stark riechende Eitermassen sich entleeren. Es zeigt sich eine Fistel, die tief in den Warzenfortsatz führt, in der Tiefe rauher Knochen.

Aufmeisselung. Schnitt wie oben um die Ohrmuschel, subperiostale Ablösung bis in die Tiefe des Gehörganges, Vorklappen der Ohrmuschel, die mit einem Haken nach vorn gezogen wird. Es findet sich eine Fistel an der typischen Stelle, die freigelegt wird. Der ganze Warzenfortsatz mit Cholesteatommassen ausgefüllt, Sinuswand in Fünfpfennigstückgrösse freiliegend, mit Granulationen besetzt, Pulsation nicht bemerkbar. Eröffnung des Antrums, das ganz epidermisirt ist, Einführung der Sonde durch die enge Fistel in der hinteren Gehörgangswand, die liegen gelassen wird, bis die hintere Wand bis zur Fistel abgemeisselt ist. Spaltung des häutigen Gehörgangs und 2 Querschnitte am Ende des Schnittes in die Concha nach unten und oben, Formirung eines dreieckigen Lappens (nach Kretschmann) von dem hinteren Schnittrande am Warzenfortsatz, der in den Gehörgang auf die abgemeisselte hintere Wand aufgeklappt wird, um gesunde Epidermis in den Gehörgang zu bringen, Annähen des unteren häutigen Gehörgangssegments an den vorderen Rand des Lappens, der Ohrmuschel und des oberen Gehörgangssegments an die hintere Schnittfläche am Warzenfortsatz, so dass eine 2 Ctm. grosse Oeffnung hinten bleibt. Tamponade mit Jodoformgaze. Fieberfreier Verlauf, Pat. erholt sich zusehends. Nach mehreren Wochen wird nur vom Gehörgang aus behandelt, Oeffnung am Warzenfortsatz schloss sich bald ganz. Die Nachbehandlung war in diesem Fall etwas schwierig; ich würde in ähnlichem Fall der Aufmeisselung die Hammerextraction vorausschicken und dann nach Wegnahme der hinteren Wand und Abmeisselung der Pars ossea den Ambos entfernen. Vollständige Heilung nach 6 Monaten, die bis jetzt dauernd geblieben. Erhebliche Besserung des Hörvermögens, Flüstersprache auf 2 Meter.

Ob hier wirklich bereits Sinusthrombose vorlag, ist natürlich wegen der kurzen Beobachtungszeit und des nur einmal aufgetretenen Schüttelfrostes zweifelhaft, wenn man indessen bedenkt, dass der Sinus bereits in ausgedehntem Maasse durch die cariöse Zerstörung im Warzenfortsatze freigelegt war und mit Granulationen sich besetzt zeigte, so ist gewiss die Annahme gerechtfertigt, dass bereits eitrige Stoffe in denselben übergetreten und hierdurch der Schüttelfrost hervorgerufen worden war. Jedenfalls wirkte die Operation hier direct lebensrettend.

* * *

Literatur.

von Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Gehirnkrankheiten. 2. Aufl. Berlin 1889.

Friedenwald: Ein Fall von Cholesteatom und ausgedehnter Caries des Warzenfortsatzes ohne örtliche Entzündungserscheinungen. Tod durch Sinusthrombose und Meningitis. Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXII. B., 1891.

Hartmann: Die anatomischen Verhältnisse, welche bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen. Naturforscherversammlung zu Heidelberg 1889.

Hartmann: Vorstellung einer freien Communication zwischen Gehörgang einerseits und Kuppelraum und Antrum andererseits. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin 1890.

Digitized by Google

Hessler: Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Arch. f. Ohrenheilk., XXXI. B., 1890.

Küster: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 10—13, 1889.

Moos: Ueber die Bezold'sche Form der Warzenfortsatzerkrankung, sowie über Lateralsinusthrombose. Zeitschr. f. Ohrenheilk., XX. B., 1889.

Orlow: Ueber Trepanation des Schläfenbeins bei Thrombose des Sinus transversus. Deutsche med. Wochenschr. No. 10, 1889.

Salzer: Zur operativen Behandlung der Sinusthrombose. Wiener clin. Wochenschr. No. 34, 1890.

Schwartze: Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885.

Stacke: Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. Arch. f. Ohrenheilk., XXXI. B., 1891.

Stacke: Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung d. Ohrmuschel. Naturforscherversammlung in Halle, 1891.

Walb: Ueber die Pars ossea der externen Paukenhöhlenwand. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin, 1889.

Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge Otitis media. Prager med. Wochenschr. No. 3, 1891.

Erklärung der Abbildungen.

Figur I.

a) Künstliche Oeffnung im Tegmen tympani,
b) Oeffnung im Tegmen antri,
c) Sulcus transversus,
d) Rarefact im Hinterhauptbein,
e) Emissarien.

Figur II.

a) Aeusserer Gehörgang,
b) Eingang in den Warzenfortsatz,
c) Oeffnung im Sulcus sigmoideus.

Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr.

Von

Dr. med. **Cholewa**, Ohrenarzt zu Berlin.

Unter den in die Therapie der Schwellungen der untern Muscheln neuerdings eingeführten Mitteln ist wohl keins, welches sich so allgemeiner Beliebtheit zu erfreuen hat, wie die von Jurasz empfohlene Trichloressigsäure. Sie steht zweifellos der Chromsäure in der Therapie der Nasenkrankheiten schon deshalb voran, weil der Anwendung letzterer unbedingt Durchspülungen der Nase mit Natronlösungen folgen müssen, die unter Umständen acute Mittelohrentzündungen hervorrufen können, welche wiederum die Therapie des Nasenleidens zu discreditiren im Stande sind. Bei der Anwendung von Trichloressigsäure haben wir diese Durchspülungen nicht nöthig, und werden wir deshalb dieses Aetzmittel besonders in der Kinderpraxis der Chromsäure stets vorziehen. Was die Anwendung desselben jedoch im Vergleich zur Chromsäure er-

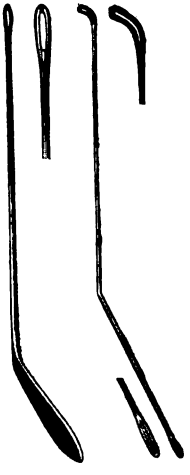
Digitized by Google

schwert, ist, wie Dr. Gustav Killian neuerdings in der München. Med. Wochenschr., No. 39, 1891 sehr richtig betont, die Schwierigkeit der Application der kleinen schlüpfrigen Crystalle. Das von Jurasz-Ehrmann empfohlene Instrument, welches das pfannenförmige Receptaculum an der Spitze trägt, mag für die Behandlung der Pharyngitis granulosa genügen, für die Aetzung der Schwellungen an den Nasenmuscheln thut es das sicherlich nicht. Die Crystalle gleiten sehr leicht von dieser Sonde ab und fallen auf Stellen, hier besonders der Boden der Nase, die nicht geätzt werden sollen.

Dieser Uebelstand veranlasste mich schon vor Jahr und Tag, eine Modification an den gewöhnlichen Nasen- und Ohrsonden vorzunehmen, welche wohl im Stande ist, die Application der Trichloressigsäure in fester Form zu erleichtern.

Es war im April 1891, als ich in der laryngologischen Gesellschaft Gelegenheit nahm, meine diesbezüglichen Instrumente für Nase und Ohr zu demonstriren. Von einer Veröffentlichung derselben, als zu unwesentlich, sah ich damals ab; nachdem ich aber durch den Aufsatz des Collegen Killian zu der Ueberzeugung gekommen bin, dass die Application der Trichloressigsäure, in fester Form, auch andern Rhinologen Schwierigkeiten bereitet, zögere ich nicht weiteren Kreisen von meinen Instrumenten Kenntniss zu geben.

Die beifolgenden Abbildungen zeigen deutlich die Tendenz der Instrumente. An der Spitze einer neusilbernen Nasensonde befindet sich in der Länge von 1 Ctm. ein Oehr, wie es die gewöhnlichen grossen Packnadeln zeigen. Legt man nun auf dieses Oehr, welches nebenbei gesagt, nicht, wie der übrige Theil der Sonde, polirt ist, einen Crystall von Trichloressigsäure und fährt rasch damit über die Cylinderöffnung der brennenden Beleuchtungslampe, so wird ein Theil des Crystalles schmelzen. Dieser flüssige Theil fängt sich im Oehr, während der Rest des Crystalls fest an der Sonde haftet, so fest, dass er bis zur Beendigung der Cauterisation nicht herabfällt.



Dieselbe Modification zeigt die Ohrsonde sowohl an ihrem für den Attic abgebogenen, als ihrem geraden Ende. Dieselbe leistet im Ohr dieselben guten Dienste, wie die Nasensonde für die Nase, nur dass die Crystalle naturgemäss hier kleiner zu wählen sind. Denn auch bei den granulären Wucherungen der Pauke ist mir die Trichloressigsäure von Nutzen gewesen und habe ich sie der Chromsäure deshalb vorgezogen, weil letztere durch Venenthrombose septische Infection nach sich ziehen kann.

Die Instrumente sind nach meiner Anweisung von dem Instrumentenfabrikanten Pfau, hier, Dorotheenstrasse No. 67, verfertigt und von jetzt ab vorräthig.

Digitized by Google

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

II. Chronische Stenosen.

Fall 5. Jacob Anders J., 7 Jahre alt, Sohn eines Landarbeiters. Patient wurde am 2. October wegen Croup und Diphtheritis in's Spital gebracht. Die Spaltung wurde in der Eile durch den obersten Theil der Cartilago thyreoidea und den untersten Theil der Membrana thyreohyoidea gemacht. Die Canüle war ziemlich schwer einzuführen. Einige Membranen wurden ausgehustet. Wegen der hohen Lage der Canüle verursachte die Platte, als Pat. wieder aufgestanden war, eine Ulceration auf der Uebergangsfalte zwischen dem Halse und der Regio submentalis. Die Respiration war noch immer keuchend, wahrscheinlich weil das unterste Ende der Canüle sich in die Schleimhaut der Trachea hineindrückte. 8 Tage nach der Operation konnte der Kranke die Canüle 2 Tage lang entbehren, aber die Respiration wurde dann keuchend, so dass die Canüle wieder eingesetzt werden musste. Ungefähr 4 Wochen nach der ersten Operation wurde die Canüle auf ihren richtigem Platze, unter der Cartil. cricoidea, eingeführt. 8 Tage nachher versuchte man die Canüle zu entfernen, aber der Larynx war durchaus nicht passirbar.

Am 14. Decbr. 1890 untersuchte ich ihn zum ersten Male in Slagelse und versuchte zu intubiren, aber ohne Resultat. Die Luftpassage war gänzlich verschlossen und Einführung der Sonde durch die Tracheotomiefistel auch unmöglich. Aditus sup. laryngis, Epiglottis und Cartilagines arytaenoideae zeigten sich normal im Laryngoscop. Das Innere des Larynx konnte ich nicht zu sehen bekommen.

Am 16. Decbr. wurde auf dem St. Joseph-Spitale in Kopenhagen unter Chloroformnarcose die Tracheotomia inferior gemacht, bei welcher der Larynx in der Mittellinie gespalten wurde.

Es zeigte sich, dass der Larynx in einem Umfang von ca. 1½ Ctm. von oben nach unten durch eine fibröse weissliche Masse, die unter dem Messer knirscht, gänzlich verschlossen war. Die Stellung dieses dicken Diaphragma's correspondirte mit der untersten Hälfte der Cartilago thyroidea und des Lig. thyreocricoideum. Von oben gesehen, bildet der Larynx einen cul de sac, mit gesunder Schleimhaut, und endet ungefähr an der Stelle, die mit dem freien Rande der falschen Stimmbänder correspondirt.

Von unten gesehen geht die Trachea nach oben auch in einen cul de sac über, dessen Boden ungefähr in derselben Höhe wie der oberste Rand des Annulus cartilagines cricoidea liegt. Nachdem eine Communication zwischen dem oberen und unteren Theil des Larynx durch Spaltung des fibrinösen Diaphragma's hergestellt war, wurde die Wunde fest mit Jodoformgaze austamponirt.

Digitized by Google

17. Januar. Patient befindet sich recht wohl, hatte während der Nacht einige Male Erbrechen. Nimmt Flüssigkeiten ohne Beschwerden. Puls normal.

Temperatur: 16. Januar, Morgens: — , Abends: 37,2°;
17. „ „ 37,3°, „ 37,6°;
18. „ „ 37,2°, „ 37,3°;
19. „ „ 37,2°.

21. Januar. Der Tampon im Larynx wird gewechselt. Patient ist den ganzen Tag ausser Bett und befindet sich wohl.

24. Januar. Heute wurde Intubation mit einer Canüle für ein 7jähr. Kind versucht, aber da die Wunde zu stark klaffte, konnte die Canüle nicht die richtige Lage erhalten und musste wieder entfernt werden.

Am 28. Januar wurde mit der Einführung von Schrötter's Zinnbolzen angefangen.

30. Januar. Die Bolzen werden täglich eingeführt und bleiben neun Stunden liegen. Die Laryngofissurwunde ist geheilt.

16. Februar. Heute wird wieder Intubation versucht; aber das unterste Ende der Canüle kann die unterste Wand der Trachealfistel nicht passiren, sondern stösst dagegen an.

24. Februar. Eine winkelig gebogene Canüle, mit der Convexität nach vorne, eingeführt; es gelingt hierdurch, das unterste Ende, an der Trachealfistel vorbei, in die Trachea einzuführen. Sie wird nach 5 Minuten wieder entfernt.

26. Februar. Dieselbe Canüle wie vorgestern eingeführt und durch einen Bouton fixirt, welcher durch die Trachealfistel auf der Canüle festgeschraubt wird.

6. März. Patient wohl, hat guten Appetit, keinen Husten, ist jeden Tag ein paar Stunden auf. Die Respiration ist frei.

Temperatur: 26. Februar, Morgens 37,8°, Abends 38,2°.
28. „ „ 37,6°, „ 38,7°.
1. März, „ 37,7°, „ 38,4°.
2. „ „ 37,6°, „ 38,1°.
3. „ „ 37,4°, „ 37,2°.
4. „ „ 37,6°, „ 37,1°.
5. „ „ 37,4°, „ 37,8°.
6. „ „ 37,0°, „ 37,4°.

16. März. Pat. reist nach Hause, wo er unter Aufsicht des Spitalarztes bleibt.

24. März. Nachdem er 8 Tage zu Hause gewesen, verlor er die Schraube, welche die Canüle fixirte, und die Respiration wurde in Folge dessen keuchend, mit reichlichem Husten und Expectoration, weshalb er extubirt und die Trachealcanüle von neuem eingelegt wurde.

6. April. Er hat die Trachealcanüle bisher getragen. Eine neue Intubationscanüle wird eingelegt, sie ist etwas dicker und vergoldet, da die alte, welche nur vernickelt war, durch das lange Einliegen sehr gelitten hatte. Sie wird auch mittelst eines Boutons durch die Trachealfistel fixirt.

12. April. Patient verlor den Bouton, welcher von jetzt ab ganz weggelassen wird.

15. April. Die Tracheotomiefistel hat sich geschlossen.

Digitized by Google

19. Mai. Patient befand sich die ganze Zeit über wohl, läuft und spielt im Freien. Wird heute extubirt, nachdem die Trachealfistel vorsichtshalber unter Narcose wieder geöffnet worden. Er hat gut Luft im Larynx, doch entwickelt sich bald wieder Stenose. Resp. 32 — die Trachealcanüle wird eingelegt.

26. Mai. Heute wird eine neue Intubationscanüle eingelegt, sie ist etwas dicker und nicht ganz so viel gebogen, wie die alte.

25. Juni. Die Canüle wird entfernt, gereinigt, und nach einer Viertelstunde wieder eingeführt. — Er athmet gut durch den intubirten Larynx.

6. Juli. Pat. reist ab, um sich nach 6 Wochen wieder vorzustellen.

18. August. Kommt, wie verabredet, wieder zu mir — Aussehen und Kräfte gut. — Die Respiration während der letzten Tage etwas keuchend. — Er wird extubirt.

Die Canüle ist mit Schleim etwas verstopft. Mit dem Laryngoscop sieht man etwas Granulationsgewebe auf der Basis der Epiglottis, die mit dem Kopfe der Canüle correspondirt (Druckusur). — Eine gewöhnliche, gerade Intubationscanüle für 8jähr. Kind wird eingeführt, Patient reist ab.

18. Septbr. Die Canüle wird entfernt, gereinigt und wieder eingesetzt.

23. October. Die Canüle wird entfernt und mit einer von etwas schwererem Caliber umgetauscht.

Epicrise. Es handelt sich hier um einen ausserordentlich schweren Fall von vollständigem Verschluss des Larynx nach einer Tracheotomie. In einer Ausdehnung von $1^1/_2$ Ctm. war der Larynx von fibrösem Gewebe, welches erst durch Laryngofissur gespalten werden musste, obliterirt. Die Ursache dieser Verwachsung der Larynxwände war ohne Zweifel die ausserordentlich hohe Tracheotomie; diese hatte nämlich zur Folge, dass das unterste Ende der Canüle die Larynxwände usurirte und sie in granulirende Flächen umwandelte, die dann zusammenwuchsen, sobald die Canüle entfernt und auf ihrem richtigen Platz, unter der Cartilago cricoidea, eingelegt worden war.

Nachdem der Larynx und das fibröse Diaphragma gespalten worden, wurde einige Zeit Einführung von Schrötter's Zinnbolzen angewandt; sie wurden nach unten auf gewöhnliche Weise durch eine Pincette befestigt. Nachdem der Larynx auf diese Weise ungefähr einen Monat lang canalisirt worden und die äussere Wunde, nach der Laryngofissur, sich vollständig geschlossen hatte, wurde mit der Intubation angefangen.

Hier zeigte sich indess gleich Anfangs ein grosses Hinderniss, indem die hinterste Larynxwand sich so weit vorgeschoben hatte, dass eine gerade Intubationscanüle nicht an der Trachealfistel vorbei in die Trachea eingeführt werden konnte, sondern mit ihrem untersten Ende in die Trachealfistel hineinragte. Erst nachdem ich eine winkelförmige Canüle, mit der Convexität nach vorne, construirt hatte, glückte es, diese an der Fistel vorbei in die Trachea zu führen.

Aus Furcht, dass der Knabe die Canüle plötzlich aushusten und, ehe Hilfe angewandt wurde, ersticken könnte, construirte ich einen Bouton, welcher durch die Trachealfistel an der vordersten Wand der Intubationscanüle festgeschraubt werden konnte. Hierdurch wurde es nämlich möglich, die Trachealfistel offen zu halten, und bei Erstickungsgefahr brauchte

Digitized by Google

man nur den Bouton abzuschrauben und die Intubationscanüle zu entfernen, um gleich Luft zu verschaffen. Es zeigte sich indessen bald als unmöglich, den Bouton auf längere Zeit zu gebrauchen, denn selbst wenn man alle Metalloberflächen stark vergoldete, so wurde die Schraubenverbindung im Laufe einiger Tage so stark corrodirt, dass der Bouton von selbst abfiel. Nach einigen Versuchen gab ich deshalb diese Extrafixationsmethode auf, besonders da sich die Furcht, dass er die Canüle aushusten werde, als unbegründet erwies.

Nachdem er die Canüle ungefähr einen Monat getragen, bekam er starken Husten und zähes purulentes Expectorat, welches die Canüle verstopfte und mich nöthigte, ihn zu extubiren und die Trachealcanüle während einer Woche einzulegen. Diese eine Woche abgerechnet, hat er jetzt die Intubationscanüle beinahe ununterbrochen durch mehr als 8 Monate getragen.

Der Knabe, welcher in der Nähe von Slagelse (ungefähr 90 Kilometer von Kopenhagen) wohnt, ist beinahe die ganze Zeit zu Hause gewesen. Nur jede 5. — 6. Woche kommt er zu mir herein, damit die Canülen, welche etwas corrodirt werden, mit frisch aufvergoldeten vertauscht werden. Die Strictur ist so successive beseitigt worden, indem die Canülen nach und nach durch etwas dickere, deren Biegung zugleich etwas verkleinert wurde, ersetzt wurden. Jetzt ist der Canal vollständig gerade und der Knabe trägt eine Canüle, wie für ein 8jähriges Kind; sie ist vollständig gerade, aber oben etwas schwerer, als die normale Tube.

Patient hat sich die ganze Zeit vollständig wohl befunden, sein Ernährungszustand ist ausgezeichnet, der Appetit gut und das Schlucken gänzlich ungestört. Er bewegt sich im Freien und geht täglich zur Schule. Die Stimme ist kräftig, verständlich, aber natürlicher Weise heiser und tonlos.

Frägt man nach den Zukunftsaussichten, so kann ich zur Zeit keine bestimmte Antwort geben. Ich hoffe, dass die Weichtheile des Larynx durch den starken Druck, dem sie ausgesetzt sind, indem sie zwischen die Wand der Canüle und dem Skelette des Larynx eingezwängt werden, so weit atrophirt werden, dass eine genügende Passage für die Luft gebildet wird, selbst wenn die Tube entfernt ist. Da der Fall ein Unicum ist, wird erst die Zeit zeigen, ob meine Hoffnung in Erfüllung geht. Vorläufig hat der Knabe die Canüle nur während einer Viertelstunde entbehrt, und unterdessen ging die Athmung auf normale Weise und ganz natürlich vor sich. Ich gedenke bei seinem nächsten Besuche die Tube zu entfernen und die Trachealcanüle von Neuem einzulegen, damit ich sehe, ob der Larynx sich genügend canalisirt hält, wenn er während längerer Zeit nicht intubirt wird.

Nur durch diese Intubationsversuche sehe ich eine Möglichkeit, die Passage in einem Larynx von solcher Beschaffenheit, wie im vorliegenden Fall, wieder herzustellen. Nach der alten Methode hätte man kaum einen Erfolg der Behandlung erwarten können. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. Auf Grundlage vorliegender Sectionsberichte bearbeitet von Dr. Holmer Mygind in Kopenhagen. (Archiv für Ohrenheilk. Bd. XXX, Heft 5.)

Die vorliegende, mit rühmenswerthem Fleiss zusammengestellte und gesichtete Casuistik der bis nun in der Literatur niedergelegten Sectionsbefunde bei Taubstummheit präsentirt sich als eine sehr werthvolle literarische Grundlage für die Kenntniss der pathologischen Anatomie dieses Leidens. Der Autor hat 118 Fälle gesammelt und die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung in übersichtlicher Weise tabellarisch geordnet.

In 79 Fällen fanden sich pathologische Veränderungen des Mittelohres, welche jedoch nur in 19 Fällen vermuthen liessen, dass sie die einzigen resp. wesentlichen Ursachen der Taubheit waren. Bei kritischer Sichtung blieben von diesen 19 nur einige wenige Fälle übrig, welche zeigen, dass die zur Taubstummheit führenden pathologischen Prozesse unzweifelhaft ausschliesslich ihren Sitz im Mittelohr haben können.

In 80 Fällen fanden sich mehr weniger ausgesprochene Veränderungen des knöchernen Labyrinthes.

Vestibulum und Cochlea waren ungefähr gleich häufig, ca. in 40 pCt. der beobachteten Fälle, Sitz der Abnormitäten; die Bogengänge waren in 56 pCt. verändert. In 20 Fällen waren sie der einzige Abschnitt des Labyrinthes, wo sich Abnormitäten fanden; in 8 dieser Fälle waren überhaupt keine Veränderungen in den übrigen Abschnitten der Hörorgane beschrieben.

Hemmungs- oder Missbildungen sind nur selten nachgewiesen, zumeist in der Cochlea, wahrscheinlich, weil deren eigenthümliche Form jene Veränderungen leichter erkennen lässt. Doch weist der Autor nachdrücklichst darauf hin, dass es oft mit den grössten Schwierigkeiten verbunden sei, die angeborenen Veränderungen des Labyrinthes von den erworbenen zu unterscheiden.

Am häutigen Labyrinthe wurden besonders häufig Verdickungen, Ablagerung von colloiden Körpern, Cholestearin, Pigment, zahlreichen Otolithen beobachtet. Nicht selten fand es sich ganz oder theilweise fehlend resp. atrophirt.

Veränderungen am Hörnerven kamen, die zweifelhaften Fälle mit eingerechnet, blos 23 Mal vor. Einige Male fehlte der Nerv gänzlich, am häufigsten war er atrophisch oder sonst degenerirt. M. schliesst aus diesem seltenen Vorkommen der Hörnervenatrophie bei Taubstummheit, dass der Acusticus keine grosse Neigung zeige, wegen Inactivität zu atrophiren oder zu degeneriren.

Von pathologischen Veränderungen des Centralnervensystems sind Verdickungen und Degenerationen des Epithels am Boden des 4. Ventrikels, ferner schwache Entwickelung und Mangel der Striae acusticae beschrieben worden, Befunde, denen keine grosse Bedeutung beizumessen ist. Die besondere Kleinheit der linken dritten Stirnwindung und die

Digitized by Google

rudimentäre Entwickelung der linken Insula an Gehirnen Taubstummer möchte der Verf. nicht als Ursache der Taubheit, sondern als Ausdruck einer Inactivitätsatrophie angesehen wissen.

Auch Veränderungen der Pars petrosa, theils für sich allein als Folgen sclerosirender Otitis, theils zusammen mit Asymmetrie und regelwidrigem Bau des Schädels sind mehrfach beobachtet worden.

Die Häufigkeit schliesslich, mit der chronische Lungenleiden und Tuberculose bei Sectionen Taubstummer nachgewiesen wurden, führt M. auf die schlechten hygienischen Verhältnisse in den alten Taubstummenanstalten, sowie auf die traurige sociale Stellung mancher der obducirten Individuen zurück. Gomperz.

Oedematöse Angina, acut entstanden nach innerer Anwendung des Salols mit Exanthem. (Angine oedémateuse suraigue consécutive à une éruption salolée de cause interne.) Von Dr. Morel-Lavallée. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. No. 17, 1891.)

Eine syphilitische Frau vertrug kein Quecksilber; Haut- und Mundsyphilis; linksseitige Taubheit mit Ohrenfluss; man blies 3 Tage lang Salol in Pulverform in's Ohr: schwere Allgemeinerscheinungen traten ein, welche an Meningitis denken liessen; starkes Eczem am Ohre, oedematöse Angina; alles Symptome des Salols. Dr. P. K.

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede*). (Aus Prof. Chiari's pathol.-anatomischem Institute a. d. deutschen Univers. in Prag.) Von Dr. J. Habermann. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXX, No. 1.)

H. hatte Gelegenheit, die Gehörorgane eines im Alter von 75 Jahren verunglückten Mannes zu untersuchen, der sein Gehör während 20jähriger Arbeit in einem Kupferwerke, wo er bei starken Geräuschen hantiren musste, fast gänzlich verloren hatte.

Während sich im Mittelohr beiderseits ausser unwesentlichen Altersveränderungen nur starke Dislocationen der Stapesplatte nach aussen fanden, boten die Labyrinthe sehr auffallende pathologische Befunde dar.

Soweit im inneren Ohre die Nerven erhalten waren, zeigten sie nicht mehr die normale Stärke, was insbesondere in der Schnecke, weniger im Vorhofe ausgeprägt war. In beiden Schnecken fehlten in den correspondirenden Abschnitten der Basalwindung das Corti'sche Organ, die Corti'sche Membran, die Nerven in der Lamina spiralis; die Ganglienzellen im Canalis ganglionaris waren nur mehr spärlich vorhanden, während in angrenzenden Theilen der Basalwindung das Corti'sche Organ, wenn auch hochgradig verändert, noch aufzufinden war. In den oberen Windungen zeigte es sich schön erhalten neben theilweisem Schwunde der Nerven in der Lamina spiralis.

Die vorwiegende Erkrankung der Basalwindungen erklärt H. mit einem Hinweise auf die Helmholtz'sche Theorie von der Function der Schnecke damit, dass in den Kesselschmieden die Summe der hohen Töne, die auf das Gehörorgan einwirken, grösser ist, als die der tiefen, andererseits auch das Gehörorgan für die höchsten Töne der Skala besonders

---

*) Vorgetragen in der Abtheil. f. Ohrenheilk. der 62. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889.

Digitized by Google

empfindlich ist und bei Einwirkung starken Schalles überhaupt, ohne Rücksicht auf die Tonhöhe, die der Perception der hohen Töne dienenden Schneckenabschnitte am meisten leiden.

Das starke Auswärtsgewölbtsein der Stapesplatten möchte H. als Folge einer Contractur der Mm. stapedii auffassen. Gomperz.

Collaps des Trommelfells. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 14, 1891.)

Ein atrophisches Trommelfell zeigte sich derart relaxirt, dass es, stark nach innen gewandert und auf der inneren Trommelhöhlenwand aufgelagert, vollkommen zu fehlen schien. Auf Anwendung der Luftdouche trat es stark nach aussen und verrieth dadurch seine Anwesenheit. Mehrfache Einschnitte hatten keinen Erfolg und nunmehr will L. nach der Methode von Gruber galvanocaustisch einen Theil der relaxirten Membran entfernen. J.

Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Von Dr. Hessler. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXXI, H. 1.)

Hessler sieht in der Combination der Trepanationsmethoden von Schwartze und v. Bergmann diejenige Methode, die allen Anforderungen der Ohrenärzte und Chirurgen entspricht: Knochenaffection und Ohreiterung rasch und definitiv zu heilen, die alles Krankhafte, wo es sich findet, entfernt und ohne Gefahr für den Gesichtsnerv, die halbzirkelförmigen Canäle und das Gehirn ist. Man beginne jede Aufmeisselung nach der Methode von Schwartze, bei welcher von der Aussenfläche des Warzenfortsatzes gegen das Antrum hin gemeisselt wird, und begnüge sich damit, wenn die Caries auf Warzenfortsatz und Antrum beschränkt ist. Erstreckt sie sich weiter nach vorn zwischen die Lamellen der Schuppe, so müsse nach v. Bergmann subperiostal die Corticalis daselbst weggenommen und direct in die Tiefe des Mittelohres mit dem Meissel vorgedrungen werden. In das eröffnete Antrum schiebt H. Jodoformgazetampons, wodurch erstens die Blutung aus der Paukenhöhle steht, die sonst das Operationsterrain deckt, und zweitens das Einmeisseln auf dieselbe ruhig geschehen kann, da durch die Tampons das Labyrinth genügend geschützt ist. Je sicherer andernfalls die Diagnose ist: „Circumscripte Caries in der Schuppe über dem Gehörgange", desto mehr eignet sich für diesen Fall die Methode nach v. Bergmann. Die Schwierigkeiten dieser radicalen Operation sind bei der bedenklichen Nähe der Labyrinthwand und des Gehirns grosse, besonders bei sclerosirtem Warzenfortsatz.

Von 54 Patienten, bei denen H. die combinirte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Mittelohres ausführte (in 6 Fällen beiderseits), sind

42 vollständig geheilt,
6 theils ungeheilt, theils noch in Behandlung,
1 aus der Behandlung fortgeblieben und
5 gestorben,

Resultate, die Hessler selbst nicht allzu günstig findet.

Gomperz.

Digitized by Google

Warzenfortsatz-Entzündung als Folge acuter Mittelohr-Entzündung. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 20, 1891.)

In einem Falle, wo schon die äusseren Erscheinungen auf Erkrankung des Warzenfortsatzes deuteten, wurde die Eröffnung mit bestem Erfolge ausgeführt. In einem zweiten Falle sah L. die Indication für die Eröffnung, trotzdem äusserlich keine Erscheinungen vorhanden waren, die auf eine substantielle Erkrankung des Warzenfortsatzes gedeutet hätten, in den anhaltenden Schmerzen, die in keiner anderen Weise zu stillen waren; eine Indication, die bekanntlich zuerst von Gruber aufgestellt wurde. In dem betreffenden Falle soll übrigens der Schmerz intermittirend gewesen sein, was L. conform der Anschauung von Schwartze davon herleitet, dass zeitweilig bei Eiterung im Proc. mast. das Antrum abgeschlossen sein kann, wo dann der Schmerz Folge von Eiterretention ist.

J.

Eröffnung des Warzenfortsatzes. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 15, 1891.)

Der Fall betraf einen 46jährigen Mann, der an Ostitis suppurativa des linksseitigen Warzentheiles litt. Nach stattgehabter Eröffnung wurden mehrere Sequester entfernt, wonach man in der Tiefe mit der Sonde auf die Dura mater stiess. Lähmung des N. facialis dieser Seite. Pat. genas.

J.

Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum. Von Dr. Paul Schubert. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXX, Heft 3.)

In der Zeit vom 1. Juni 1884 bis 31. Mai 1889 traten 3316 Ohrenkranke in Sch.'s Behandlung; 964 unter, 2352 über der Altersgrenze von 14 Jahren; 1891 waren männlichen, 1425 weiblichen Geschlechts.

Aus der, dem Berichte beigegebenen, sehr lehrreichen Casuistik seien erwähnt 21 Fälle von Eröffnung des Proc. mast., 6 bei acuter, 15 bei chronischer Otitis media. Die Heilung erfolgte bei sämmtlichen 6 acuten und 6 von den chronischen Fällen, gebessert wurden 2 und 7, welche allerdings viel zu spät in Behandlung kamen, starben; 1, unabhängig von der Ohroperation, an Septicämie, welche nach einer Unterkieferresection sich ausbildete, 1 an Phthisis pulmonum, 1 an allgemeiner Tuberculose, 3 an Meningitis und Hirnabscess, 1 an Sinusphlebitis mit Pyämie. In einem der geheilten Fälle war der Durchbruch bei intactem Trommelfelle an der hinteren Gehörgangswand erfolgt, bei einem der gebesserten Fälle trat während der Operation Sinusblutung auf, die nach Jodoformgazetamponade stand.

Ferner sind hervorzuheben die in dem Berichte niedergelegten Erfahrungen Sch.'s über die mit Perforation der Shrapnell'schen Membran einhergehenden Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes. Von 19 einschlägigen Fällen, die Sch. im Verlaufe der 5 Jahre sah, entzogen sich 4 nach kurzer Behandlung der Beobachtung, von den übrig bleibenden Fällen heilten 2 nach Warzenfortsatz-Aufmeisselung, 2 nach Hammerexcision, 11 nach längerer Behandlung mit der Hartmann'schen Canüle nebst Aetzungen und Durchspülungen. Von diesen 11 Fällen kamen schon nach $^3/_4$ — 2 Jahren Recidiven zur Beobachtung 6 Mal; bei den übrigen 5 Fällen konnten Recidiven nicht beobachtet werden. Sch. spricht

Digitized by Google

sich im Hinblicke auf diese Ergebnisse für die rasche Vornahme der Hammerexcision aus und bekämpft den Standpunkt Gomperz's[1]), der die Hammerexcision erst dann für indicirt hält, wenn die Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle durch längere Zeit erfolglos angewendet wurden[2]). Gomperz.

Bericht über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen. Von Dr. Oscar Hecke. (Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XXX, Heft 4.)

Die Zahl der poliklinisch behandelten Kranken betrug 385; Daten bezüglich des Geschlechtes und des Alters fehlen.

Ausführlich beschrieben werden 3 Excisionen des Trommelfelles mit dem Hammer und 18 Eröffnungen des Warzenfortsatzes. Die erstgenannte Operation wurde in sämmtlichen 3 Fällen zur Beseitigung chronischer Eiterungen aus dem oberen Trommelhöhlenraume vorgenommen. Bei zweien war, als die Patienten nach 4½- resp. 4monatlicher Behandlung entlassen werden mussten, die Eiterung noch nicht versiegt, soll jedoch bei Fall 2 einige Wochen später sistirt haben; im 3. Falle trat 2 Mon. nach der Operation Heilung ein. Die Hörweite blieb 2 Mal auf dem Niveau, wie vor der Operation, das dritte Mal war sie nur unwesentlich gebessert.

Von den 18 trepanirten Fällen wurden geheilt 8 Fälle mit chronischer, 2 mit subacuter und 4 mit acuter Otitis, in Summa 14; gebessert wurde 1 mit Otit. med. supp. chron. und 4 starben — 3 nach Ot. med. supp. chron., 1 nach Ot. med. supp. acuta. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. (Quelques recherches bactériologiques sur un cas de rhinosclérome.) Von Dr. Jaja. (Giornale ital. delle malat. vener. etc. und Revue de laryngol. No. 48, 1891.)

Rhinosclerom bei einer 33jähr. Frau. Vollständige bacteriologische Studie. Experimente mit microbentödtenden Substanzen: Das Sublimat allein (1—1000) giebt gute Resultate; interstitielle Injectionen von Sublimat (3—1000) in das Gewebe des Rhinosclerom blieben ohne Resultat. Dr. P. K.

Bruch der Nasenscheidewand. (Fracture of the nasal septum.) Von W. T. Clegg, Liverpool. (Lancet, 2. Jan. 1892)

In den beiden mitgetheilten Fällen war eine Verbiegung nach links eingetreten, so dass das linke Nasenloch ganz verschlossen war. In beiden Fällen wurde der rechte Nasenflügel wie eine Klappe angesogen. Sie wurden operirt durch sternförmige Einschnitte und Reposition der Scheidewand. Dr. M. Schm.

---

[1]) Monatsschrift für Ohrenheilk. 1889, S. 235.

[2]) Referent muss es sich versagen, an dieser Stelle sich in eine Polemik einzulassen.

Digitized by Google

Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. Von Dr. Moritz Schmidt. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1892, No. 4.)

Sch. sucht die Ursache des Ansaugens der Nasenflügel in einer Erschlaffung der Nasenwände und mangelhaften Thätigkeit der Musculi dilatatores et levatores alae nasi, die sich im Schlafe in erhöhtem Maasse geltend macht, und tragen zur Entstehung gewiss alle die Processe bei, welche von früh an die Athmung durch die Nase beeinträchtigend oder verhindernd eine mangelhafte Uebung der Nasenmuskeln bedingen, so besonders die adenoiden Vegetationen und stärkere Verbiegungen im vordersten Theile des Sept. cartilagin. Die Folgen der Affection sind die bekannten der Nasenverengerung überhaupt, einschliesslich Migräne, Asthma, Aprosexia etc. Zur palliativen, eventuell auch radicalen Beseitigung des Uebels giebt Sch. einen von Feldbausch in Frankfurt a. M. construirten Bügel von Draht an, der, in die Nase eingeführt, die Nasenflügel nach auswärts hält und sich bei ihm selbst vortrefflich bewährt hat.

Beschorner.

Verschluss der Choanen. (Occlusion of the posterior nares.) (Lancet, 5. Decbr. 1891.

Mr. Solly zeigte in der klinischen Gesellschaft von London einen Fall von einem solchen offenbar angeborenen Verschluss der Choanen durch ein Septum bei einem 16jähr. Mädchen. Verf. macht keine nähere Angabe, ob er knöchern gewesen oder häutig. Er wurde durchbohrt und ein Gummikatheter eingelegt. Dr. M. Schm.

Ueber chronische Nasendiphtheritis. (Diphthérie chronique du nez.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von chronischer Nasendiphtherie; das erste Kind war 2 Monate lang krank, steckte 4 andere Hausbewohner an und genas mit nachfolgender Pharyngo-Laryngeallähmung; die Diagnose wurde demnach erst post hoc gestellt. In einem zweiten Falle dauerte die Krankheit auch mehrere Monate, das Microscop ergab die Loefflerschen Bacillen. Verfasser betont, dass ein erster negativer Befund die Diagnose von Diphtheritis nicht ausschliessen lässt, sondern dass man mehrere Male untersuchen muss. Ohne Microscop ist die Diagnose nicht möglich. Dr. P. K.

Nasenhusten. (Toux d'origine nasale.) Von Dr. Trasher. (Weekly medic. Review und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eigenthümlicher metallischer Hustenklang, Fehlen des Auswurfes helfen zur Diagnose. Verf. citirt 3 Fälle: 1) Husten seit 3 Monaten; Berührung der unteren hypertrophischen Nasenmuschel ruft heftigen Hustenanfall hervor. Brennen der Mucosa bringt in 3 Tagen Heilung. 2) Husten seit 3 Monaten; der Larynx wird erfolglos behandelt; das hintere Ende beider unteren Nasenmuscheln empfindlich. Heilung durch Cauterisation in 2 Monaten. 3) Husten seit 6 Monaten; Heilung durch Cauterisation der mittleren und unteren Nasenmuscheln. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. Von Dr. Lieven. (Münch. med. Wochenschrift No. 48 und 49, 1891.)

Verf. will einen in seinem biologischen Verhalten genau characterisirten Microorganismus gefunden haben, den er für die Rhinitis fibrinosa verantwortlich macht. Auf gesunder Nasenschleimhaut ist der fragliche Coccus nicht im Stande — wie Versuche lehrten —, ein fibrinöses Exsudat zu erzeugen, auch nicht bei einfacher Hyperämie, z. B. beim Jodschnupfen, während es nach dem Abfallen von Aetzschorfen der Nasenschleimhaut gelang, durch Einführen von Tampons, die mit Culturen der Coccen getränkt waren, ein fibrinöses Exsudat hervorzurufen.

W. Lublinski.

Zur Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. Von Dr. Steinthal. (Württ. med. Correspondenzblatt No. 31, 1891.)

Verf. theilt einen jener seltenen Fälle mit, in dem eine acute Rhinitis zu schweren Veränderungen nicht allein in den Stirnhöhlen, sondern auch in der rechten Orbitalhöhle geführt. Es war auch zu Caries der Orbitalwandung und des Orbitalrandes gekommen, so dass eine ausgedehnte Resection der ergriffenen Theile stattfinden musste. Höchst wahrscheinlich war das Empyem der Siebbeinzellen durch die Lamina papyracea in die Augenhöhle durchgebrochen, denn diese war theilweise necrotisch und musste entfernt werden.

W. Lublinski.

Polyp der Keilbeinhöhle. (Lancet, 5. Decbr. 1891.)

J. J. Parke Clarke zeigte in der pathologischen Gesellschaft von London das Präparat eines solchen Polypen, der von einem 13jährigen Jungen stammte, welcher zwei Monate vorher einen Bruch des Stirnbeins erlitten und dann an Nasenbluten erkrankte, dem er unterlag. Es fand sich ein kleines Aneurysma der Carotis in der Keilbeinhöhle, welches geplatzt war.

Dr. M. Schm.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive, plötzlicher Tod. (Végétations adénoides du pharynx nasal, récidives sarcomateuses, mort subite.) Von Dr. Délie. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Mai 1891 und Revue de laryngologie No. 18.)

Ein 13jähriges Kind wurde mit Erfolg operirt. Recidive, welche ein globocellulares Sarcom erkennen liessen (Capard); plötzlicher Tod. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Adenoide Vegetationen können recidiviren; 2) bei Recidiven kann Transformation stattfinden, namentlich wenn sie acut sind; 3) die stärksten und die häufigsten Blutungen entsprechen nicht immer den grössten und reinsten Sarcomen; 4) die microscopische Untersuchung ist nicht immer wichtiger, als die directe locale Untersuchung.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber das Abtasten des Nasen-Rachenraumes. (Du toucher de la cavité naso-pharyngienne.) Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, Novbr.-Decbr. 1891.)

Z. empfiehlt bei Exploration des Nasen-Rachenraumes, neben der Spiegel-Untersuchung, die digitale niemals zu unterlassen, da die Letztere z. B. über Insertion und Consistenz eines Tumors oft wesentlich besseren Aufschluss giebt. Bei Einführung des Fingers muss sorgsam darauf Bedacht genommen werden, den Augenblick des Schlingens abzupassen, da die Einführung dann stets leicht und ohne jede Schädigung des Gaumensegels gelingt. Beschorner.

Ueber einen von der Nase aus geheilten Gesichtskrampf. Von J. Peltesohn. (Berl. klin. Wochenschr. No. 32, 1891.)

Bei einem 20jährigen Mann, der seit einem Jahr an linksseitigem Gesichtskrampf litt, trat Heilung — ohne Recidiv seit 16 Monaten — ein, nachdem Verf. mittelst Galvanocaustik eine tumorartige Vergrösserung der unteren Muschel an ihrem vorderen Ende beseitigt hatte.

W. Lublinski.

Die allgemeine Anästhesie vermittelst Bromaethyl und die Art ihrer Anwendung. (L'anesthésie générale par le Bromure d'éthyle et de ses applications.) Von Dr. Lubet-Barbon. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 1, Jan.-Febr. 1892.)

Verf. empfiehlt für kurzdauernde Operationen, als: Abtragung adenoider Vegetationen, Tonsillotomie, Beseitigung hypertrophischer Muschel-Enden oder Excrescenzen an der Nasenscheidewand, oder von Ohr-Polypen etc., die Narkose vermittelst des Bromaethyl. 5—6 Athemzüge durch die ausgiebig mit dem Präparate übergossene Flanellmaske genügen zumeist für vollständige Narkose. Kinder von 5—15 Jahren eignen sich vornehmlich dazu. Vortheilhaft ist das Fehlen jedweder üblen Neben- oder Nachwirkung. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Dauernde Verschliessung des Mundes. (Cas de reserrement permanent de la bouche.) Von Dr. Jemoli. (Gazzeta degli Ospitali und Revue de laryngol. No. 19, 1891.)

Ein 9jähr. Kind hat eine doppelseitige Ankylose des Unterkiefers in Folge einer Arthritis temporomaxillaris. Aetherisation, Resection der beiden Condylen, vollständige Heilung. Dr. P. K.

Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. Von Dr. Feibes. (Therapeutische Monatshefte, Nov. 1891.)

Empfehlung einer Chromsäurelösung 1 : 2 gegen die verschiedenen specifischen Erkrankungen der Mund- und Nasenhöhle.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Uvulitis tuberculosa. (Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse.) Von Dr. Ragoneau. (Revue de laryngol. No. 20, 1891.)

Ein 35jähriger Mann hat Phthisis laryngea. Ein grosser Tuberkel an der Zungenbasis wurde durch Chromsäure zerstört; die Phthisis laryngea wurde bedeutend gebessert durch Milchsäure, Chlorzink und Picrinsäure. Nach einiger Zeit zeigte die Uvula eine senkrecht zweigetheilte Geschwulst, war dunkelroth, zeigte in jeder Geschwulst in der Mitte einen stecknadelknopfgrossen, weissgelben Punkt; in der Umgebung miliare Granulationen. Gewöhnliche Behandlung brachte grosse Besserung.

Dr. P. K.

Fremdkörper seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. (Un cas de corps étranger logé à la base de la langue depuis plusieures années.) Von Dr. Sandford. (Société de laryngologie et de rhinologie d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 47jähr. Mann spricht schwer, schluckt schwer und zeigt eine Anschwellung in der Submaxillargegend; heftige Schmerzen beim periodischen Anschwellen der Geschwulst. Diese Symptome steigern sich und das Allgemeinbefinden leidet. An der rechten Zungenbasis eine ulcerirte Geschwulst, die leicht blutet und einem malignen Tumor ähnelt. Die Digitaluntersuchung ergab einen harten Gegenstand; mit viel Mühe entfernte der Autor ein falsches Gebiss. Heilung. Dr. P. K.

Aneurysma der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt. (Tumeur anévrysmale du rebord alvéolaire de la voûte palatine traitée par des injections.) Von Dr. John S. Marshall. (The Journal of the American med. Assoc. und Revue de laryngologie No. 17, 1891.)

Ein 26jähriger Mann liess sich alle Zähne des Oberkiefers ausziehen, mit Ausnahme der zwei mittleren Schneidezähne. Nach dieser relativ bedeutenden Operation entwickelte sich rechts innen am Alveolarfortsatz eine Geschwulst, die fortwährend wuchs und das Anlegen eines falschen Gebisses verhinderte; schmerzlos; deutliche Pulsationen; hühnereigross, mit nach vorne gedrehter Spitze. Probepunction ergab einen eine halbe Minute andauernden arteriellen Strahl. Diagnose: Aneurysma der Arteria palatina posterior mit wahrscheinlicher Anastomose mit einem Aste der Maxillaris superior, entstanden durch Trauma beim Zahnausziehen. Versuch, den Tumor zu exstirpiren (!) und fast tödtliche Blutung, welche den Kranken 2 Monate im Bette hielt. Verf. machte nun Einspritzungen von Eisenchlorid (1 : 4); der Tumor nahm die Gestalt eines kleinen Fibroms an; Heilung. Dr. P. K.

Fall von vollständiger Einschliessung des Zäpfchens in eine von einer Mandel zur anderen gehenden Membran. (Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre.) Von Dr. Solis Cohen. (Revue de laryngologie No. 20, 1891.)

Ein Mann beklagte sich über einen Reiz im Halse und über Spannung bei den Bewegungen des Kopfes Das Zäpfchen war verdickt und befand sich in einer Schleimhautfalte, welche mit den vorderen Gaumen-

Digitized by Google

bögen eine Contiguität bildete und so von einer Mandel zur anderen sich ausdehnte. Seltenes Beispiel. Die Uvula wurde durch seitliche V-Schnitte befreit. Heilung. Dr. P. K.

Ueberzählige Mandeln. (Amygdales surnuméraires.) Von Dr. James Donclan. (Brit. Med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Bei einem 21jährigen Manne wurden die sehr hypertrophischen Mandeln exstirpirt; als man später den Patienten laryngoscopiren wollte, fand man symmetrisch am unteren Ende der Gaumenbögen zwei sehr entwickelte Mandeln, welche die Einsicht in den Larynx verhinderten. Exstirpation mittelst galvanocaustischer Schlinge. Dr. P. K.

Lymphadenom der Mandel. (Lymphadénome de l'amygdale.) Von Dr. Lennox Browne. (Société de laryngol. et d'otol. d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 48jährige Frau spricht, articulirt und schluckt schwer; Dyspnoe bei Ermüdung. Indolenter. leicht fluctuirender, rosarother, nussgrosser Tumor an der linken Mandel, welcher das Zäpfchen nach rechts verschiebt. Operation mittelst des Ecraseurs. Es handelte sich um ein Lymphadenom. Dr. P. K.

On the function of the tonsils. Von Dr. Gulland. (Edinburgh Med. Journal, Nov. 1891.)

Die verschiedenen Tonsillen sind Organe, welche zur Reproduction der Leucocyten dienen, welche hauptsächlich in den Keimcentren durch Theilung praeexistirender gebildet werden. Die jungen Leucocyten werden theils durch die den Tonsillen entspringenden Gefässe in die allgemeine Circulation gebracht, theils bleiben sie als stationäre Zellen zurück, theils wandern sie nach Perforation des Epithels in die Crypten, auf die Oberfläche und nehmen dann Fremdkörper, besonders Microorganismen, auf, welche sonst in die Tonsillen hineingehen würden. Beim Menschen bilden die Zungen- und Rachentonsillen und die leichte diffuse Leucocyteninfiltration der unteren Fläche des weichen Gaumens einen Schutzring zwischen Mund und dem Nahrungstract, während die Pharynx- und Tubentonsille einen solchen rings um den Respirationstract bilden. In normalen Umständen haben die Tonsillen keine absorbirende Function, während unter gewissen Umständen, z. B. bei grosser Schwäche, die Reproduction der Leucocyten unterbrochen wird, wodurch dann den pathogenen Microorganismen das Eindringen in die Tonsillen durch die Epithelzwischenwände ermöglicht wird und so die Möglichkeit einer localen oder allgemeinen Infection gegeben ist.

W. Lublinski.

Die locale Behandlung der Syphilis im Halse. (The Local Treatment for Syphilitic Manifestations of the Throat.) Von E. Harrison Griffin, New-York. (The Med. Record, 22. August 1891.)

Lotio nigra heisst das Mittel, mit welchem G. alle oberflächlichen und tiefen Ulcerationen in kürzester Zeit zur Ausheilung bringt.

W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Epithelioma des falschen Stimmbandes; endolaryngeale Exstirpation; Heilung; kein Recidiv. (Epithelioma de la corde vocale supérieure. Extirpation endolaryngienne. Guérison. Absence de récidive.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Mendel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Verff. wollten bei einer 36jährigen Frau ein Fibroid des linken falschen Stimmbandes operiren, exstirpirten aber ein Epithelioma; da kein Recidiv eintrat, glauben Verff. annehmen zu müssen, dass Exstirpationen nebst Heilung von Epithelialgeschwülsten häufiger sind, als allgemein angenommen wird. Verff. geben die Diagnose, die Prognose und die Behandlung dieser Geschwülste. Dr. P. K.

Primäre erysipelatöse Angina durch Streptococcus. (Angine erysipélateuse primaire par streptococcus.) Von Dr. Barnabei. (Riforma medica und Revue de laryngol. No. 19, 1891.)

Bei zwölf Verwandten trat erysipelatöse Angina auf. Verf. hat Impfungen mit dem in Bouillon und Gelatine aufbewahrten Exsudate ausgeführt und erhielt eine reine Cultur von Streptococcen.

Dr. P. K.

Hysterischer Husten. (Toux hystérique.) Von M. E. Bitot. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 15, 1889.)

Ein 14jähriger Patient erwachte Morgens mit Aphonie; 2 Stunden später trat krampfhafter Husten ein, welcher nach einer Sitzung Electrisirens in Bellen sich umwandelte. Während des Schlafes, Gehens und Essens hört dieses Bellen auf, es wird stärker vor dem Einschlafen und beim Sitzen; es besteht fort während des Singens und des Zählens.

Dr. P. K.

Fremdkörper im rechten Bronchus. (Corps étranger de la bronche droite.) Von Dr. Boudeson. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 3jähriges Kind spielte mit den Früchten von Ceratonia siliquia und bekam plötzlich einen Erstickungsanfall. Nach 12 Stunden Tracheotomie, ohne einen Fremdkörper zu entdecken. Nach abermals 12 Stunden neue Erstickungsanfälle, Cyanose, Collapsus, Nichtathmen der rechten Lunge liessen auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers im rechten Bronchus schliessen. Eine in den rechten Bronchus eingeführte Zange brachte den gequollenen Fremdkörper hervor. Heilung nach 2 Wochen.

Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. (Corps étrangers perdus dans les voies aériennes, avec observations.) Von Dr. John Pendleton. (The Medical Age und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Gestützt auf 12 Beobachtungen, räth Verf., immer zu operiren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Value of antipyrin as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract. Von Gleason. (The Medical and Surgical Reporter, 31. Oct., 1891.)

In allen Fällen von Schleimhautentzündung des oberen Respirationstractes hat sich Antipyrin local meist in 4proctg. Lösung als locales Anästheticum und Analgeticum bewährt. Die Dauer der Wirkung hängt von der genügenden Wiederholung ab W. Lublinski.

Fall von hysterischer Aphonie. (Cas d'aphonie hystérique.) Von Dr. Hieguet. (Société de laryngologie et d'otologie Belge, Mai 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Auf ein Beispiel gestützt, bestreitet der Autor, dass die sogenannte (Jonquière) Aphonia spastica aus einem Krampf der Larynxmuskeln besteht; er nimmt eine Lähmung an und will den Namen „Aphonia spastica" in „Paralysis hysterica interarytenoidea" umgewandelt wissen. Bekanntlich tritt bei Druck auf die Ovarien und bei Operationen an denselben nicht Paralyse, sondern Krampf der Larynxmuskeln ein; bei Operationen im Unterleibe treten bei Zerrung an den Ovarien während der Chloroformnarcose immer Glottiskrämpfe auf. Dr. P. K.

Angiom des Larynx mit Trauma. (Cas d'angiome du larynx avec traumatisme.) Von Dr. Lennox Browne. (Société de laryngol. et d'otol. d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 42jähr. Mann, seit 2½ Jahren heiser, Schwellung und Röthung der linken Larynxhälfte; Geschwür auf dem linken falschen Stimmbande. Tuberculose und Krebs konnten ausgeschlossen werden. Eine specifische Behandlung wurde eingeschlagen. Nach einigen Tagen Heilung, aber man bemerkte am linken Stimmbande einen kleinen, runden, glatten, rothen Tumor, welcher sich als Angiom erwies. Die Röthung und Geschwürsbildung waren durch frühere fruchtlose Extractionsversuche entstanden. Dr. P. K.

Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. (Stenose de la trachée et du larynx par compression.) Von Dr. F. Schiffers. (Société Belge de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngologie No. 19, 1891.)

Das Interessante ist das pathologische Präparat der Hals- und Brustorgane: Krebs des Mediastinums, necrotische Herde in der linken Lunge, rechtsseitige Pneumonie, Pleuritis, Pericarditis. Schneller Verlauf der Krankheit, guter Appetit und keine Krebscachexie (was öfter vorkommt). Die Diagnose wurde per exclusionem gemacht. Dr. P. K.

Acht Fälle von Cysten und Adenomen des Corpus thyreoideum durch Exstirpation behandelt. (Huit cas de kystes et adénomes de la glande thyroide traités par l'extirpation.) Von Dr. Charters Symonds. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Enucleation, nöthigen Falles Exstirpation, immer Heilung per primam. Der Spray und Waschungen mit Sublimat wurden gebraucht; im Uebrigen strenge Antisepsis. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beobachtung, geeignet zum Studium der neuropathischen Larynx-Stenosen. (Observation pour servir à l'étude de la sténose laryngée névropathique.) Von Dr. Albert Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No 1, Jan.-Febr. 1892.)

Doppelseitige complete Posticus-Lähmung bei einem an Ataxie locomotrice leidenden, 36 Jahre alten Manne. Drohende Suffocation. Tracheotomie.

Zum Zwecke der Erreichung einer Cadaverstellung des Stimmbandes und hierdurch möglicher Respiration auf natürlichem Wege: Resection eines $1^1/_2$ Centimeter langen Stückes des linken Nerv. recurrens (in der Gegend unterhalb der Arter. thyreoidea infer.). Keine wesentliche Aenderung in der Position der Stimmbänder nach der Operation. Leichte Besserung der Respiration und Entlassung des Kranken. Die Hoffnung, dass sich eine Atrophie des Stimmbandes der operirten Seite vollziehen werde, blieb bis 3 Wochen nach der genannten Excision unerfüllt. Tod durch Asphyxie. — Die Autopsie musste sich auf Untersuchung des Kehlkopfes beschränken und ergab kein positives Resultat. R. meint, dass in diesem Falle die Innervation der linken Kehlkopfseite gewiss nicht vor Allem durch den linken Nerv. recurrens geschah, dass vielmehr der Laryngeus infer. der entgegengesetzten Seite, wahrscheinlicher aber noch der Laryngeus super. sinistr. in ausgedehnter Weise an der Innervation sich betheiligten. Angenommen aber auch, dass die doppelseitige Paralyse myopathischer Natur war, so hätte doch, wenn der Recurrens allein die Muskeln, die er mit motorischen Fasern zu versorgen hat, innervirte, die Resection desselben eine halbseitige Lähmung der gleichen Kehlkopfseite zur Folge haben müssen.

Beschorner.

Syphilitische Larynxstenose durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. (Stenose laryngée d'origine syphilitique. Suppression de la dyspnée par le curettage sans tracheotomie.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Der Titel sagt den Inhalt der Arbeit. Patient widersetzte sich der Ausführung der Tracheotomie; mit den Pincetten von Krause und dem Löffel von Heryng wurden die auf den Arytenoidknorpeln aufsitzenden Tumoren entfernt und Patient heilte. Jodkalium brachte vollständige Heilung und nun erst wurde die Diagnose auf Syphilis gemacht.

Dr. P. K.

Pathologie und Behandlung der chronischen hypertrophischen Laryngitis subglottica. (Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique chronique sousglottique.) Von Dr. Sokolowsky. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie No. 7, 1891.)

Der Process beginnt meist im Perichondrium oder selbst im Knorpel, meistens am Ringknorpel. Die Schrötter'sche Dilatationsmethode hilft am meisten, besonders wenn vorher Tracheotomie und Excision der Wülste stattfand. Verf. giebt 4 Beispiele. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pflaumenkern in der Trachea. (Noyau de prune dans la trachée.) Von Dr. Neill. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 6jähriger Knabe bekam blos Krampfhusten ohne Erstickungsanfälle. Tracheotomie, Stellung auf den Kopf, Schlagen auf den Rücken, ein Hustenanfall; der Kern wurde ausgeworfen, währenddem die Trachealwunde mittelst Dilatators offen gehalten wurde. Heilung.

Dr. P. K.

Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen. (De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. Schwartz. (Revue gén. de clinique et de thérapeut. und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Bei Erstickungserscheinungen natürlich gleich operiren; man soll die tiefe Tracheotomie ausführen; dann folgt die jedem speciellen Fall anzupassende Behandlung. Sind keine Erstickungserscheinungen eingetreten, so soll man die gewöhnlichen Mobilisations- und Extractionsversuche machen, aber nur, wenn man Alles zur Tracheotomie vorbereitet hat, da letztere jeden Augenblick nöthig erscheinen kann. Will man Extractionsversuche machen, so soll man selbe nicht blindlings, sondern nur mittelst Spiegel bei genau festgestellter Lage des Fremdkörpers ohne Gewalt machen; der Pharynx, nicht aber der Larynx soll cocainisirt werden. Befindet sich der Fremdkörper in einer solchen Lage, dass er nicht per vias naturales entfernt werden kann, so mache man die Tracheotomie, die Laryngotracheotomie oder die Laryngotomie je nach Bedürfniss. Befindet sich der Fremdkörper in der Trachea oder tiefer, so soll immer die Tracheotomie ausgeführt werden, die Trachealränder sollen auseinander gehalten werden, der Körper soll der Natur überlassen oder mittelst Instrumenten extrahirt werden. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea eines einjährigen Kindes; Tracheotomie, Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. (Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un ans; trachéotomie; difficultés d'enlèvement de la canule.) Von Dr. Constantin. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 10, 1891.)

Fischwirbel in der Trachea, Tracheotomie wegen Erstickungs-Erscheinungen, Auswerfen des Fremdkörpers durch den Mund, Unmöglichkeit, die Canüle dauernd zu entfernen. Interessant und statistisch wichtig war der Mechanismus des Respirationshindernisses nach Entfernung der Canüle: bei jeder Inspiration legten sich die Wundränder der Trachealöffnung an die hintere Wand der Trachea an und sperrten die Respirationsluft gänzlich ab. Dr. P. K.

Fibromucöser Polyp. (Polype fibromuqueux.) Von Dr. Bouchard. (Société des sciences méd. de Lille und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Interessanter, während 12 Jahren beobachteter, von selbst durch Atrophie heilender Fall; solche Fälle sind selten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. (Effets de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie) Von Dr. Girod. (Clinique française und Revue de laryngol. No. 20, 1891.)

Die Trachealringe sind nicht nur bestimmt, bei der Inspiration das Zusammenklappen der Trachea zu verhindern, sondern sie hemmen auch deren Ausdehnung beim Exspirium. Das Durchschneiden eines oder mehrerer dieser Ringe hebt natürlich diese Functionen auf. Schneidet man auf der Leiche mehrere solche Ringe ein, so sieht man deutlich die Rigidität der Trachea; schliesst man auf der so eingeschnittenen Leiche das eine Ende der Trachea und ahmt man die Respirationsbewegungen künstlich nach, so sieht man deutlich die angeschnittenen Ringe mit der Trachea sich bei Exspirium entfernen, um bei dem Inspirium zusammenzuklappen. Deshalb kommen nach am Lebenden gemachtem Trachealschnitt Erstickungsanfälle, wenn man nicht gleich eine Canüle einsetzt; nach entfernter Canüle, wenn der Patient tief inspirirt, treten ebenfalls leicht Erstickungsanfälle auf; es entsteht Tracheostenose; dasselbe geschieht, wenn die äussere Wunde geheilt ist und die Trachealringe mit verklebt sind; man braucht also in solchen Fällen weder Spasmus, noch Paralyse, noch Muskelveränderung, sondern man muss ein einfaches physikalisches Phänomen annehmen. Um diesen Tracheostenosen vorzubeugen, soll man rasch operiren, den Schnitt so klein als möglich, die Cricotracheotomie machen (weil die Cricoidea als ganzer Ring nicht zusammenklappen kann und der erste Trachealring, durch die Cartilago cricoidea gehalten, nicht leicht zusammenfällt)

Die sogenannte Apnoe nach gemachtem Trachealschnitt wäre vielleicht auf dieses Phänomen zurückzuführen. Die von Krishaber empfohlene Laryngotomia intercricothyroidea tritt dadurch auch in ihre Rechte. (Der Referent.) Dr. P. K.

Ueber die Prophylaxe der Tuberculose. (Sur la prophylaxie de la tuberculose.) Von Dr. Villemin. (Bulletin de l'académie de médecine No. 30, 1889.)

Der im vorigen Jahre in Paris tagende Congress zum Studium der Tuberculose hatte beschlossen, dem permanenten Comité den Auftrag zu geben, einfache und practische Instructionen zur Verhütung der Tuberculose auszuarbeiten. Villemin unterbreitet der Academie diese in 6 Paragraphen ausgearbeiteten Instructionen, welche nur im Originaltext auf eine verständliche Weise nachgelesen werden können (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, Séance du 30 Juillet 1889, pag. 104). Die recht interessante Discussion dieser verschiedenen Paragraphen durch Dujardin-Beaumetz, Germain Sée, Daremberg, Bergeron, Larrey, G. Collin, Lanceraux, Verneuil, Bouchard führt zu dem Schluss, dass die Commission die Contagiosität, an deren Bestehen ja kein Zweifel ist, dennoch übertreibt und die Vorsichtsmaassregeln in's Extreme treibt. Die verschiedenen Vorträge werden am besten im Original in No. 30, 31, 32 und 33 des Bulletin de l'Académie de Paris 1889 nachgelesen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schroetter's. Von Dr. Juffinger. (Wien. klinische Wochenschrift, No. 41, 1892.)

I. Primäres Sclerom des Larynx

Bei einem 7jährigen Mädchen fand sich unterhalb des rechten Stimmbandes und innig mit demselben verbunden ein rundlicher Tumor, der den ganzen subchordalen Raum ausfüllte. Das Stimmband schien in denselben aufgegangen und nur durch eine seichte Furche getrennt zu sein. Nach vorn ging die Geschwulst unter der Commissur auf die linke Hälfte über und inserirte sich scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, über dem vorderen Drittel des linken Stimmbandes. Hinten reicht dieselbe über die vordere Fläche der hinteren Larynxwand bis an den Proc. voc. sin. Starke Verengung der Glottis. Nach Entfernung kleiner Stückchen ergab die anatomische Untersuchung derselben, dass es sich um Sclerom handelte, denn man fand den Bacillus des Scleroms und histologisch reichliche Rundzellen, zwischen denen sich Mikulicz'sche Zellen und stellenweise hyaline Kugeln befanden. In den Mikulicz'schen Zellen, sowie auch frei zwischen den Rundzellen fanden sich in nach Weigert behandelten Schnitten reichlich Bacillen.

II. Multiple Larynxpolypen mit hochgradigen Stauungen.

Bei einem 65jährigen, seit längerer Zeit heiseren Mann, der wegen hochgradiger Athemnoth aufgenommen wurde, fand sich ausser starker Schwellung des subepithelialen Bindegewebes des Halses, das von federkieldicken varicösen Venen durchzogen war, bei bläulicher Verfärbung der Schleimhaut der oberen Wege am ganzen linken Stimmbande ein rother, derb aussehender Polyp, der die Glottis bis auf eine kleine Spalte hinten verschloss. Nach Entfernung desselben zeigte sich ein ebensogrosser, vom unteren Rande des rechten Stimmbandes ausgehender weisslicher, mit sehr dünnem Stiel; auch dieser wurde abgetragen, sowie ein dritter vom unteren Rande des linken Stimmbandes. Die Schwellungen des Halses und die Venenectasien verschwanden erst nach einiger Zeit, während die Stenose sofort aufgehört hatte.

III. Ein grosser Tumor an der linken Plica aryepiglottica.

Am freien Rand der linken Aryfalte fand sich ein erbsengrosser, bläulicher, glatter, gegen die Umgebung scharf abgegrenzter Tumor, der sich nach abwärts in eine bläulich durchscheinende grosse Vene fortsetzte. Derselbe wurde galvanocaustisch entfernt und erwies sich bei der Untersuchung als eine varicös erweiterte Vene und nicht als ein Angiom, wofür er leicht gehalten werden konnte. W. Lublinski.

Larynxcarcinom mittelst Thyreotomie behandelt. (Un cas de cancer du larynx traité par la thyreotomie.) Von Dr. J. D. Grant. (Brit. Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 50jähriger Mann hat ein leicht diagnosticirbares Carcinom der linken beiden Stimmbänder. Thyreotomie nach vorher ausgeführter Tracheotomie und Tamponade; Auskratzen des Larynx mittelst scharfen Löffels und Scheere. Nach 6 Monaten noch kein Recidiv.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Entstehungsgeschichte des Larynxcarcinoms. Von Dr. Neumann. (Wiener med. Wochenschrift No. 40, 1891.)

Verf. theilt einen Fall mit, bei dem entzündliche chronische Processe im Kehlkopf gelegentlich den Uebergang in heteroplastische erlitten haben und zu einem Carcinom führten. Allem Anschein nach handelte es sich bei einem 46jähr. Manne, der schon lange heiser war, um eine einfache Schleimhautwucherung und Verdickung der Stimm- und Taschenbänder, die wiederholt galvanocaustisch behandelt wurde. Nie trat an Stelle des Brandschorfes eine Verschwärung oder ein recidivirendes Emporwuchern auf. Etwa 9 Monate nach dem letzten Eingriff änderte sich das Bild und es entwickelte sich in einigen Monaten ein typisches Epithelialcarcinom, dass die Tracheotomie nöthig machte. W. Lublinski.

Drei Beobachtungen über Laryngotomia intercrico-thyreoidea. (Trois observations de laryngotomie intercrico-thyreoidienne.) Von Dr. Schwartz. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, Novbr.-Decbr. 1891.)

Sch. giebt an der Hand von drei Fällen der Ueberzeugung Raum, dass diese Art der Operation zumeist angewendet zu werden verdient, da sie als leicht und rasch ausführbar, gefahrlos und erfolgreich bezeichnet werden muss. Beschorner.

Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern. (Contribution au traitement des corps étrangers de l'oesophage chez les enfants.) Von Dr. Polikier. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance und Berliner klin. Wochenschrift No. 39.)

Verf. beschreibt folgendes Verfahren, durch welches es ihm einige Male bei Kindern gelungen ist, verschluckte und im Oesophagus stecken gebliebene Münzen, die mit dem Finger nicht mehr erreichbar waren, zu entfernen: Man dringt in den Raum zwischen Trachea und linken Sternocleidomastoideus mit dem Finger so tief als möglich ein; trotz der tiefen Lage des Oesophagus gelingt es bisweilen hier. den Fremdkörper zu fühlen und ihn mit dem Finger, immer hart an der Trachea bleibend, nach oben zu dirigiren. Ist er in die Gegend der Cartilago cricoidea angelangt, so versucht man durch Kitzeln des Zäpfchens Erbrechen zu erregen, während man gleichzeitig von aussen her den Fremdkörper durch reibende oder knetende Bewegungen weiter nach oben und ein wenig nach hinten schiebt. Bei den nun entstehenden Brechbewegungen wird dann der Körper herausgeschleudert. Dr. P. K.

Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. (Stricture of the Oesophagus from Interstitial Thickening of its Walls, a Fibroid Hypertrophy.) Von John O. Roe, Rochester (N.-Y.). (The New.York Med. Journal, 14. März 1891.)

Fälle, in denen die Muskelfibrillen degeneriren und das interstitielle Bindegewebe so stark zunimmt, dass eine Strictur des Oesophagus entsteht, sind selten. Der obige Fall giebt einen interessanten Beitrag dazu. W. Fr. (N.-T.)

Digitized by Google

Psychische Störungen bei der Basedow'schen Krankheit. (Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow.) Von Dr. Martin. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 3, 1891.)

Sie treten in allen Graden, von der einfachen Veränderung des Characters bis zur vollständigen Verrücktheit, auf. Jedenfalls kommen diese Symptome leichter bei hereditärer Anlage. Dr. P. K.

INHALT.

Fr. E. Weber-Liel. — I. Originalien: Hansberg: Beitrag zur Sinusthrombose (Schluss). — Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Mygind: Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. — Morel-Lavallée: Oedematöse Angina, acut entstanden nach innerer Anwendung des Salols mit Exanthem. — Habermann: Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede. — Lichtenberg: Collaps des Trommelfells. — Hessler: Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? — Lichtenberg: Warzenfortsatz-Entzündung als Folge acuter Mittelohr-Entzündung. — Lichtenberg: Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Schubert: Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum. — Hecke: Bericht über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen. — b) Rhinologische: Jaja: Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. — Clegg: Bruch der Nasenscheidewand. — Schmidt: Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. — Solly: Verschluss der Choanen. — Ueber chronische Nasendiphtheritis. — Trasher: Nasenhusten. — Lieven: Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. — Steinthal: Zur Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. — Clarke: Polyp der Keilbeinhöhle. — Délie: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive, plötzlicher Tod. — Ziem: Ueber das Abtasten des Nasen-Rachenraumes. — Peltesohn: Ueber einen von der Nase aus geheilten Gesichtskrampf. — Lubet: Die allgemeine Anaesthesie vermittelst Bromaethyl und die Art ihrer Anwendung. — c) Pharyngo-laryngologische: Jemoli: Dauernde Verschliessung des Mundes. — Feibes: Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. — Ragoneau: Uvulitis tuberculosa. — Sandford: Fremdkörper seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. — Marshall: Aneurysma der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt. — Cohen: Fall von vollständiger Einschliessung des Zäpfchens in eine von einer Mandel zur anderen gehenden Membran. — Donclan: Ueberzählige Mandeln. — Brown: Lymphadenom der Mandel. — Gulland: On the function of the tonsils. — Griffin: Die locale Behandlung der Syphilis im Halse. — Gouguenheim und Mendel: Epithelioma des falschen Stimmbandes; endolaryngeale Exstirpation. — Barnabei: Primäre erysipelatöse Angina durch Streptococcus. — Bitot: Hysterischer Husten. — Boudeson: Fremdkörper im rechten Bronchus. — Pendleton: Fremdkörper in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. — Gleason: Value of antipyrin as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract. — Hieguet: Fall von hysterischer Aphonie. — Browne: Angiom des Larynx mit Trauma. — Schiffers: Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. — Symonds: Acht Fälle von Cysten und Adenomen des Corpus thyreoideum durch Exstirpation behandelt. — Ruault: Beobachtung, geeignet zum Studium der neuropathischen Larynxstenosen. — Luc: Syphilitische Larynxstenose durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. — Sokolowski: Pathologie und Behandlung der chronischen hypertrophischen Laryngitis subglottica. — Neill: Pflaumenkern in der Trachea. — Schwartz: Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen. — Constantin: Fremdkörper in der Trachea eines einjährigen Kindes; Tracheotomie, Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. — Bouchard: Fibromucöser Polyp. — Girod: Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. — Villemin: Ueber die Prophylaxe der Tuberculose. — Juffinger: Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schrötter's. — Grant: Larynxcarcinom mittelst Thyreotomie behandelt. — Neumann: Beitrag zur Entstehungsgeschichte des Larynxcarcinoms. — Schwartz: Drei Beobachtungen über Laryngotomia intercrico-thyreoidea. — Polikier: Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern. — Roe: Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. — Martin: Psychische Störungen bei der Basedow'schen Krankheit.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strühing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, März 1892.** **No. 3.**

I. Originalien.

(Arbeit aus der oto-laryngologischen Universitätsklinik in Basel.)

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

Das Empyema Antri Highmori ist eine in ihrem Wesen und Verlauf noch nicht völlig aufgeklärte Krankheit, welche gegenwärtig das Interesse der Rhinologen in hohem Grade rege erhält. Wenn nun auch gerade in letzter Zeit die Publicationen über diesen Gegenstand sich gehäuft haben, so glaube ich doch, dass die vorliegende Arbeit noch Neues bringen wird, namentlich was das Kapitel Aetiologie betrifft.

Die der Arbeit zu Grunde liegenden und am Schlusse tabellarisch zusammengestellten 31 Krankengeschichten sind dem Material der von Siebenmann geleiteten oto-laryngologischen Universitätsklinik und der Privatpraxis von Dr. Siebenmann entnommen.

A. Aetiologie.

Die Empyeme der Highmorshöhle lassen sich mit Rücksicht auf ihre Entstehung — wenn wir von den luetischen Processen, sowie von den-

Digitized by Google

jenigen seltenen Fällen absehen, wo ein Trauma der Wangengegend die Ursache bildete — in 2 Hauptgruppen theilen, nämlich in:

1) solche nasalen,
2) in solche dentalen Ursprungs. — Eine fernere Ursache bilden 3) Geschwülste im Antrum.

Dazu möchten wir namentlich auf Grund unserer Untersuchungen noch eine selbstständige neue Gruppe hinzufügen, nämlich

4) diejenige Form, welche ihre Entstehung Allgemeinerkrankungen, insbesondere acuten Infectionskrankheiten verdankt.

Traumen:

Ueber die Entstehung des Empyems durch Trauma haben wir keine eigenen Erfahrungen, befindet sich doch unter unseren 31 Fällen kein einziger, wo ein Schuss, ein Stich in's Gesicht, ein Schlag oder Fall auf den Kopf als Ursache der Eiterung angenommen werden konnte. Beispiele von Entstehung latenten Empyems durch Stoss oder Fall auf die Wangengegend sind die Fälle von Killian, Bayer und Godlee. Die beiden zuerst genannten Autoren nehmen an, dass ein Bluterguss entweder direct in das Antrum oder zwischen Mucosa und Knochenwand stattfinde, und dass sich später faulige Zersetzung desselben einstelle. Diese Entstehungsweise des Empyems dürfte wegen der geschützten Lage des Antrum Highmori selten sein, jedenfalls ist dieselbe aber erwähnenswerth. Interessant sind die beiden von Langenbeck im Archiv f. klin. Chirurgie 1869 mitgetheilten Fälle; hier trat Empyem nach Durchschneidung des Nervus supraorbitalis auf.

Weit häufiger ist diejenige Form des Empyems, welche ihre Entstehung einem von der Nase, namentlich aber einem von den Zahnalveolen aus einwirkenden Trauma verdankt, und auf welche wir weiter unten eingehen werden bei den Empyemen nasalen und dentalen Ursprungs. Ebenso werden wir auch die Fremdkörper, welche von der Nase oder vom Munde aus in die Highmorshöhle gelangen können, in den beiden zunächstfolgenden Capiteln besprechen.

I. Nasaler Ursprung.

In gewissen Fällen wird ohne Zweifel die natürliche Oeffnung der Nasenhöhle gegen das Antrum — Ostium maxillare und Foramen accessorium — auch zugleich die Eingangspforte einer Affection der Nasenhöhle bilden. So würden vielleicht einzelne Rhinologen, wie Fränkel, Hartmann, Zuckerkandl, bei No. 27 unserer Fälle Ozaena als ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Empyems ansehen. Indessen müssen wir an dieser Stelle daran erinnern, dass die Ozaena, soweit unsere Beobachtungen reichen, nicht auf einer circumscripten Stelle der Nase entsteht und von dort aus sich in der Nasenhöhle ausbreitet, sondern dass wir gewöhnlich gleichzeitig die ganze Mucosa des Cavum nasale und event. der benachbarten Partien (Pharynx, Larynx, Trachea) von diesem Processe befallen sehen. Es liegt nun unter diesen Umständen die Wahrscheinlichkeit eben so nahe, dass in Fällen, wie der erwähnte (No. 27), wo Ozaena der Nase mit äusserst hartnäckigem Empyem der Nebenhöhlen anscheinend von Anfang an vergesellschaftet ist, diese Processe als atrophirender Catarrh an beiden Orten gleichzeitig auftreten,

Digitized by Google

und dass nicht der eine vom anderen irgendwie abbhängig ist. Wir würden also weder Michel, welcher das Empyem als das Primäre ansieht, zustimmen, noch dürften wir Fränkel, Hartmann, Zuckerkandl überall beipflichten, welche umgekehrt die Ozaena als die Ursache des Empyems betrachten. Ein Beispiel letzterer Entstehungsart wäre vielleicht Fall 29, wo zwar das Empyem, nicht aber die Ozaena geheilt wurde.

Als seltene, bei keinem unserer Fälle zutreffende Ursache ist weiterhin zu nennen: Verletzung von der Nasenhöhle aus. So sah Schmiegelow unter 11 Operationen in der Nasenhöhle eine, welche Empyem der Highmorshöhle zur Folge hatte[1]).

Bei Fall 5 unserer Tabelle ist das Empyem acut aufgetreten nach einem Bade. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass hier durch das Ostium maxillare, welches bei diesem Patienten weit ist, etwas von dem Badewasser in die Highmorshöhle eindrang und dort eine Entzündung hervorgerufen hat. Es bietet ein solcher Vorgang nichts Auffälliges, namentlich wenn man bedenkt, wie sehr die Nasenschleimhaut und auch andere Gewebe des Körpers durch gewöhnliches Wasser gereizt werden, und wie andererseits in den Räumen des Mittelohres, welche mit ähnlicher Mucosa wie die Highmorshöhle ausgekleidet sind, das Eindringen von Wasser bekanntlich Veranlassung zur Entstehung einer eitrigen Entzündung geben kann.

Hartmann (Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. X) giebt die Krankengeschichten von 3 Fällen, wo Empyem der Highmorshöhle durch Tamponade der Nasenhöhle mit Liquor ferri-Watte erzeugt worden war. Auf die nämliche Ursache ist das Empyem bei Fall 2 unserer Tabelle zurückzuführen.

II. Dentaler Ursprung.

Unbestritten und längst bekannt ist der dentale Ursprung des Empyems. Ein Trauma, welches die Zahnalveole trifft oder Periostitis, welche von cariösen Zähnen ausgeht, bilden hier die beiden Hauptursachen.

Wir wissen über einige Fälle zu berichten, bei denen ungeschickte oder verunglückte Zahnextraction die Ursache des Empyems war, so bei No. 8, 12 und 14 unserer Krankengeschichten; bei No. 10 hatte das Einsetzen eines Molarstiftzahnes Zahnwurzelentzündung und später Empyem im Gefolge. Schütz, Jeanty und Chiari berichten über ähnliche Fälle. Lichtwitz wurde von einem geschickten Zahnarzte ein Fall mitgetheilt, bei welchem die blosse Anlegung der Zange oder des Zahnschlüssels genügt hatte, um die Wurzeln der betreffenden Zähne in das Antrum hinein zu treiben. Es gehört dieser vielleicht zu den nicht gerade seltenen Fällen, bei denen die Zahnwurzeln direct in das Antrum Highmori hineinragen oder nur durch eine papierdünne Knochenschichte davon getrennt sind. Bei No. 3, 11 und 12 der von Siebenmann beobachteten Fälle gelangte die Sonde von der Alveole des extrahirten Zahnes aus direct in's Antrum Highmori. So sah auch

[1]) Nach Schluss dieser Arbeit kam zur Beobachtung ein Fall von Highmorshöhlenempyem, bei welchem die Eiterung ganz acut aufgetreten war im Anschluss an eine Cauterisation des mittleren Nasenganges. Aus den vorhandenen Narben und ausgedehnten Verwachsungen zu schliessen, war dieses Brennen auch in anderer Beziehung unzweckmässig vorgenommen worden.

Digitized by Google

Spitzer bei einem Kinde ein Empyem, das dem Hineinwachsen eines Milchzahnes in das Antrum seine Entstehung verdankte. — Auf Zahnwurzelentzündung führen das Entstehen ihres Empyems zurück ausserdem No. 1, 6, 11 und 19 unserer Fälle.

Die dentale Form des Empyems wurde, was die Häufigkeit anbelangt, bis vor kurzer Zeit allgemein (so neuerdings wieder von Scheff) in den Vordergrund gestellt. Doch mehren sich gegenwärtig die Stimmen, welche erklären, dass für die Entstehung des Empyems wesentlich nach anderen Ursachen gesucht werden müsse. In der That besteht ja ein auffälliges Missverhältniss zwischen der Häufigkeit des Vorkommens einerseits von hochgradigster Zahncaries und periostalen Abscessen des Oberkiefers, andererseits von Empyem der Oberkieferhöhle. Selbst wenn wir bei einem Empyema Antri Highmori Zahncaries mit durchaus negativem Nasenbefund antreffen, ist noch keineswegs in solchen Fällen der dentale Ursprung des Empyems genügend erwiesen. Auch das Vorhandensein von Granulationen an den Wurzeln der betreffenden extrahirten cariösen Zähne ist noch nicht überzeugend; nur wenn ein Empyem gleichzeitig mit einer acuten Periostitis acut auftritt, oder wenn die Sonde nach der Extraction des cariösen Molar oder Praemolar direct in das Antrum Highmori geführt werden kann, also wie bei No. 3, 11 und 12 unserer Fälle, möchten wir die Zahncaries als Ursache der Oberkieferhöhleneiterung sicher ansprechen.

Hierher möchten wir auch jene Fälle rubriciren, wo eingedrungene Fremdkörper die Eiterung der Highmorshöhle verursachten oder unterhielten. Solchen Angaben über abgebrochene und eingedrungene Zahnwurzeln (vide oben), Hartgummistifte, Laminaria, Wattetampons begegnen wir in der Literatur nicht selten, obwohl es in der Natur der Sache liegt, dass bei Weitem nicht alle derartigen Fälle publicirt werden.

Noch schwanken die Ansichten, ob der dentale oder der nasale Ursprung des Empyems der häufigere sei. Zuckerkandl, Bronner, Krause, Hartmann nehmen das Letztere an.

Unsere Statistik mit ihren allerdings nicht grossen Zahlen spricht für das Vorwiegen des dentalen (10 Fälle) gegenüber dem nasalen Ursprung (4 Fälle).

III. Geschwülste im Antrum.

Im manchen Fällen von Neubildungen in der Highmorshöhle muss es unentschieden bleiben, ob dieselben als Ursache, Wirkung oder als zufällige Complication anzusehen sind. Eiterung des Antrum bei Epithelial-Carcinom dieser Höhlenwand beobachteten wir bei 2 Fällen (vergl. No. 30 und 31 unserer Tabelle)[2]).

Cysten des Sinus maxillaris wurden von den verschiedensten Autoren beobachtet. Polypen sahen Luschka, Zuckerkandl, Schäffer, Rutter und Andere. Heymann demonstrirte auf der 63. Versammlung deutscher Naturforscher in Bremen 15 Präparate von Polypen der Highmorshöhle, welche er bei der Section von 147 Leichen angetroffen hatte, auch wir sahen in zwei Fällen von äusserst hartnäckigem Empyem nach breiter Eröffnung der Oberkieferhöhle dieselbe ganz angefüllt durch die gewucherte Mucosa (Fall 10). Bei Fall No. 7 scheint das Empyem durch

[2]) Sowie kürzlich in einem Fall von Lymphosarcom des Retronasalraumes.

Digitized by Google

Platzen einer jener Cysten hervorgerufen zu sein, welche sich zuweilen in den Nebenhöhlen der Nase finden und welche wahrscheinlich als Retentionscysten zu deuten sind. Dieselben enthalten im Anfange eine seröse Flüssigkeit, welche sich später eindickt und die atherombreiartige Beschaffenheit annimmt, wie wir sie bei dem erwähnten Falle an den ausgespritzten Massen beobachteten.

Ein Fall von Elfenbein-Osteom der Kieferhöhle, welchen wir in unserer Poliklinik zu untersuchen Gelegenheit hatten (und welcher später von Prof. Socin operirt wurde), zeigte nie irgend welche Spuren von Eiterung aus der betreffenden Nasenhälfte.

Erwähnung verdient an dieser Stelle auch der von Zarniko (Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 44) beobachtete Fall von Aspergillusmycose der Kieferhöhle. In Folge vorangegangener luetischer Processe war hier die Communication zwischen Nasenhöhle und Sinus maxillaris eine abnorm weite. Der Inhalt der Kieferhöhle wurde gebildet durch rahmigen, übelriechenden Eiter und Pilzrasen (Aspergillus fumigatus)[3]).

Die Unzulänglichkeit der bisherigen Anschauungen über die Aetiologie des Empyems der Kieferhöhle, die Unmöglichkeit, bei den meisten dieser Fälle den Ursprung auf nasale, dentale oder auf andere locale Schädlichkeiten zurückzuführen, spricht, wie schon oben bemerkt, deutlich aus einzelnen neueren Publicationen (vergl. auch Greville, Mac Donald, Robertson, Allen).

Wir freuen uns, im folgenden Capitel nicht unwesentlich beitragen zu können zur Ergänzung dieser fühlbaren Lücke.

IV. Allgemeinerkrankungen.

Nach unseren Beobachtungen und Untersuchungen scheinen die acuten Infectionskrankheiten und unter diesen besonders die Influenza in der Pathologie des Empyema Antri Highmori eine weit wichtigere Rolle zu spielen, als bisher angenommen wurde.

Jeanty unter Berufung auf Birch-Hirschfeld — Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1877 — erwähnt in seiner beachtenswerthen Arbeit, dass der Nasencatarrh, welcher die acuten Infectionskrankheiten begleitet, auch secundär auf das Antrum Highmori übergreifen könne, und mit dieser Ansicht befindet er sich in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren.

So sahen Weichselbaum, Jeanty, Michelson, Zuckerkandl, Zuccarini etc. Empyem ebenfalls bei Infectionskrankheiten auftreten: bei Scharlach, Typhus, Erysipel, Diphtherie und Rotz; genannte Autoren

---

[3]) Zarniko sagt: „Unvereinbar finde ich mit der vorstehenden Beobachtung die Angaben Siebenmann's, dass Aspergillus auf faulenden Substraten und Eiter nicht gedeihe". Daraufhin haben wir nur das zu erwidern, dass Zarniko in seiner Mittheilung durchaus nicht beweist, dass die entfernten Pilzmassen auf Eiter gewachsen seien. Viel wahrscheinlicher ist es, dass der Pilzrasen auf serösem Secret der Highmorshöhle sich entwickelte, später aber — wie wir dies im Ohr regelmässig beobachten — mehr oder weniger reizte, Eiterung verursachte und dann abgestossen wurde (vergl. ausserdem: Siebenmann „Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches". Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1889, No. 4).

Digitized by Google

scheinen der Ansicht zu sein, dass diese Fälle unter diejenigen nasalen Ursprunges einzureihen seien.

Die Erfahrungen, die Siebenmann in der Klinik und am Sectionstisch gewonnen hat, stimmen, wie wir sofort ausführlich mittheilen werden, mit dieser Anschauung des „fortgeleiteten Catarrhs" durchaus nicht überein. Ausserdem sind es auch theoretische Bedenken, welche sich uns lebhaft aufdrängen gegenüber diesem allgemein stillschweigend acceptirten Dogma, dass vorwiegend die infectiösen Nasencatarrhe auf die Highmorshöhle sich ausdehnen, nicht aber die idiopathische Rhinitis acuta. Und warum sollte sich das toxische Agens der Infectionskrankheiten in seiner Wirkung von Anfang an auf die Schleimhaut der eigentlichen Nasenhöhle localisiren müssen? Sehen wir doch so häufig neben dem Influenzaschnupfen gleichzeitig, und zwar schon am ersten Krankheitstage, Empyem auftreten in Cavitäten, die — wenn auch dem oberen Theile des Respirationstractus angehörend — doch von der Nase mehr oder weniger weit entfernt liegen, z. B. in den Räumen des Mittelohres. So erscheinen ebenfalls bei Scharlach die heftigsten Entzündungen des Mittelohres oft unmittelbar und gleichzeitig mit der Entzündung des Rachens und der Nase, so dass es auch hier in vielen Fällen paradox erscheinen würde, wenn man diese Mittelohreiterung als secundär vom Rachen fortgeleitete Entzündung auffassen wollte; der zeitliche Verlauf spricht häufig gegen eine solche Anschauung.

Aus unseren klinischen Erfahrungen geht mit Bestimmtheit hervor, dass schon am ersten Tage der Allgemeinerkrankung Empyem der Oberkieferhöhle auftreten kann, so bei No. 16, 17, 22, 25, 28, wo Influenza, und bei No. 21, wo Pneumonie als Ursache anzusehen ist; Fall No. 26 war mit acuter Bronchitis vergesellschaftet. Wahrscheinlich gehört auch Fall 24 hierher, indem der initiale Schnupfen hier zur Zeit der Influenzaepidemie auftrat.

Schon bestehende Empyeme erfahren durch Influenza bedeutende Verschlimmerung, so Fall No. 8 und 9.

Ausser den oben erwähnten Beobachtungen bei unseren Krankheitsfällen und ausser den vereinzelten Berichten anderer Autoren sprechen für die ätiologische Bedeutung der Infections-Krankheiten noch die Sectionsergebnisse.

Siebenmann fand bei 3 Typhusleichen acutes Empyem der Keilbeinhöhlen. Die betreffenden Sectionsprotokolle berichten uns allerdings meistens nur über den Befund der Keilbeinhöhle und seltener über denjenigen der Highmorshöhle. Allein es ist sicher anzunehmen und auch Zuckerkandl spricht sich im gleichen Sinne aus, dass nicht nur eine der Nebenhöhlen isolirt an eitriger Entzündung der Mucosa erkrankt, sondern dass das ganze System der Nebenhöhlen, also auch die Highmorshöhle, zu gleicher Zeit und im gleichen Masse afficirt wird.

Aetiologisch hochwichtig ist, wie schon bemerkt, die Influenza. In der Sitzung der Gesellschaft der Wiener Aerzte am 31. Januar 1890 und in der Wiener klinischen Wochenschrift berichtete Weichselbaum, dass er bei 10 an Influenza verstorbenen Leichen, welche er darauf hin untersuchte, stets eine Entzündung der Nebenhöhlen der Nase gefunden habe und dass sich aus dem Eiter des Frontal- und Maxillarsinus hauptsächlich der (Fraenkel-Weichselbaum'sche) Pneumo-

Digitized by Google

coccus, in einem Falle der Staphylococcus pyogenes aureus habe züchten lassen. Die Kieferhöhlen waren in der Regel am meisten ergriffen, indem beide oder wenigstens eine derselben mit Eiter erfüllt waren, während in den anderen Nebenhöhlen entweder geruchlose Mengen von Eiter oder Schleim, oder blos eine seröse Flüssigkeit enthalten waren. Weichselbaum glaubt daher annehmen zu dürfen, dass der Process in der Kieferhöhle begonnen und dann erst die übrigen Höhlen ergriffen habe.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft (Deutsche medicinische Wochenschrift 1890) berichtete Professor Ewald über einen tödtlich verlaufenen Fall von Empyem der Nebenhöhlen der Nase, welcher im Verlaufe der Influenza aufgetreten war.

Diese Mittheilung betraf den Basler Arzt R., welcher während seines Berliner Aufenthaltes im Winter 89/90 von Influenza befallen worden war und bei welchem 14 Tage später linkerseits Schmerzen im 2. Trigeminusast und in der 3. Woche 2 Schüttelfröste auftraten. Patient verlor dann rasch das Bewusstsein; es stellte sich geringes Oedem der linken Augengegend ein nebst leichter Prominenz des Bulbus. Küster eröffnete die linke Highmorshöhle und entleerte stinkenden Eiter. Trotzdem starb Patient, ohne dass das Coma nachgelassen hätte. Die Section ergab eine beschränkte eitrige Basilar-Meningitis und ausserdem Empyem beider Highmorshöhlen und der Siebbeinzellen. Im Eiter der Meningen fand sich der Staphylococcus pyogenes aureus.

In der Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Basel vom 6. Februar 1890, durch ein umfassendes Referat vom Physikus Dr. Lotz eingeleitet, wurde die sich hier anschliessende Discussion von verschiedenen Seiten eingehend benützt. Bei dieser Gelegenheit berichtete Siebenmann über seine otologischen Erfahrungen und bemerkte zugleich, dass die den Influenzaleichen entnommenen und von ihm untersuchten Felsenbeine sämmtlich vermehrte Injection der Mittelohrschleimhaut bei geringer oder fehlender Schwellung derselben zeigten. Ausserdem war auffallend, dass die am Präparate stets erhaltenen Keilbeinhöhlen sich im Zustande intensiver Entzündung befanden.

Als Beleg für die Anschauung, dass dieser Befund kein zufälliger sei, mögen folgende Thatsachen dienen. Vom 1. Januar bis 10. Februar erhielt Siebenmann 8 Felsenbeine mit der Keilbeinhöhle zur Untersuchung von während dieses Zeitraumes an den verschiedensten Krankheiten verstorbenen Personen. Die Todesursachen waren folgende: Vitium cordis, Pleuritis et Pericarditis, croupöse Pneumonie, Phthisis pulmonum, Ulcus ventriculi chronic., Phthisis pulmonum et laryngis, Trauma. Bei zwei Sectionen zeigte sich eitriger geruchloser Inhalt und eine enorme sulzige Schwellung der Keilbeinmucosa, bei dreien fand sich die letztere verdickt, roth, derb und ebenfalls mit geruchlosem, eitrigem Secret erfüllt. In einem Keilbeine hatte diese Verdickung myxomatösen Charakter, ähnlich den Schleimpolypen der Nase angenommen, und eine Keilbeinhöhle enthielt bei anscheinend normaler Mucosa etwas seröses Exsudat mit einer Fibrinflocke. Nur bei einem einzigen Präparat war die Keilbeinhöhle frei von entzündlichen Erscheinungen.

Macroscopisch erschien die Schleimhaut bei unseren Influenzafällen meistens enorm angeschwollen, grau, glatt oder flach höckerig, in anderen Fällen gegen die Oberfläche hin sich in eine sulzige Masse verwandelnd und als solche ohne bestimmte Grenze in den schleimigen Eiter des die Mucosa bedeckenden Secretes übergehend. Es sind dies Befunde, welche

Digitized by Google

uns in mancher Hinsicht an pathologische Veränderungen des Antrum petrosum und der Terminalzellen der pneumatischen Mittelohrräume erinnern.

Auf microscopischen Schnitten zeigte sich seröse Durchtränkung der Mucosa und Lockerung der Submucosa, theilweise mit Bildung grösserer spaltförmiger und cystenartiger Hohlräume des periostalen Bindegewebes; das Epithel ist stellenweise noch annähernd normal, an anderen Stellen abgestossen und in energischer Regeneration begriffen. Häufig erschien das noch vorhandene Epithel gequollen, eigenthümlich in die Länge gezogen und in schleimiger Umwandlung begriffen. Einzelne der Epithelzellen machten den Eindruck von Becherzellen; grössere und kleinere Blutextravasate wurden selten vermisst. Diese von Influenza herrührenden Keilbeinschleimhäute wurden für die microscopische Untersuchung von Siebenmann in Flemming'scher Lösung fixirt, in Paraffin eingebettet und ein Theil der Schnitte mit Weigert'schen Fibrinbacterienfärbung behandelt; dabei zeigten sich weniger auf der Oberfläche als namentlich in den tieferen Lagen grössere und kleinere Nester von Coccen, deren Form und Lagerung indess keine weiteren Schlüsse gestatteten.

Der Umstand, dass der eitrige Inhalt der untersuchten Nebenhöhlen geruchlos war, spricht entschieden dafür, dass es sich hier um acute und nicht um chronische Processe handelte.

Vom 11. Februar bis 28. März erhielt Siebenmann, ebenfalls wieder ohne Auswahl, 9 Felsenbeine, bei welchen durchgehends die damit noch verbundenen Keilbeinhöhlen sich als gesund erwiesen.

Nach den amtlichen Berichten des Basler Sanitätsdepartementes fielen die Hauptzahlen der Influenza-Erkrankungen in die Zeit vom 22. December bis 25. Januar. Es wurden nämlich vom 22. December bis 28. December 586 Fälle in Basel angemeldet. Vom 29. December bis 4. Januar waren es 2326; vom 5. Januar bis 11. Januar 2284; vom 12. Januar bis 18. Januar 836; vom 19. Januar bis 25. Februar 147. Von hier ab war eine sehr schnelle Abnahme der Epidemie zu constatiren. Jene eben erwähnten Keilbeinhöhlenerkrankungen wurden also gerade in derjenigen Zeitperiode gefunden, in welcher die Influenzaepidemie in Basel auf ihrer Höhe stand.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir mit einigen Worten darauf hinweisen, dass Siebenmann in der erwähnten Debatte der medicinischen Gesellschaft zu Basel sich dahin ausgesprochen hat, dass ein grosser Theil der bei Influenza auftretenden neuralgischen Erscheinungen höchst wahrscheinlich zurückzuführen ist auf die eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase. Sollte es sich zeigen, dass bei Typhus so häufig die Nebenhöhlen der Nase von eitrigen Entzündungen ergriffen sind, wie die Sectionsergebnisse Siebenmann's es für die Keilbeinhöhle festgestellt haben, so hätten wir auch eine naheliegende Erklärung für die bei Typhus so häufig auftretenden Cephalalgien.

In einer grösseren Reihe von Fällen (22,5 pCt.) unserer Krankengeschichten kann die Frage nach der Ursache des Empyems nicht entschieden beantwortet werden, insofern als keines der bis dahin angeführten ätiologischen Momente nachzuweisen ist. Es wäre nun entschieden ungerechtfertigt, wenn wir mit Gewalt diese ätiologisch unklaren

Digitized by Google

Fälle in die gleiche Rubrik bringen wollten, in welche wir die unzweifelhaft von Zahncaries herrührenden Fälle eingereiht haben. Wir haben den Eindruck, dass andere Autoren sich auf solche Weise hier aus der Verlegenheit zu helfen suchten; nachdem nun aber einmal die ätiologische Rolle der Infectionskrankheiten von uns klar nachgewiesen worden ist, wären wir eher geneigt, von diesen ätiologisch noch dunklen Fällen wenigstens einen Bruchtheil in unsere Rubrik IV einzureihen. Kommen doch alle Frühjahre, ohne dass eine eigentliche Influenza-Epidemie herrscht, sporadisch und gruppenweise Erkrankungen vor, deren klinisches Bild vollkommen demjenigen der Influenza gleicht, und von welchen kaum Jemand für immer verschont bleibt. Ebenso verhält es sich wahrscheinlich mit leichteren sporadischen Typhoiden.

Das Geschlecht scheint ohne ätiologischen Einfluss zu sein. Wenn wir die Carcinome von vornherein ausschliessen, so gehören unter unseren Erkrankten 15 dem männlichen und 14 dem weiblichen Geschlechte an.

Unter den 22 Patienten, welche Jeanty behandelte, befinden sich 11 männliche und die gleiche Anzahl weibliche Individuen. Wir können also keine besondere Disposition für das männliche Geschlecht annehmen, wie Schech gethan hat, welcher sich auf die anatomischen Befunde von Rüdinger und Reschreiter stützte. Bei den übrigen Autoren habe ich nach dieser Richtung hin keine näheren Angaben gefunden.

Das Alter der Patienten zur Zeit des ersten Auftretens der Krankheit ist ziemlich schwer zu bestimmen in Anbetracht der langen Dauer der Affection und der in dieser Beziehung gewöhnlich lückenhaften Anamnese. Wir geben in der nachstehenden Tabelle (mit Ausschluss der carcinomatösen Empyeme) in übersichtlicher Weise das Alter unserer Patienten an:

Alter:		Anzahl der Erkrankten:
15—20 Jahre	(No. 13: 19 J.; No. 9: 16 J.; No. 24: 18 J.)	= 3.
21—30 Jahre	(No. 2: 29 J.; No. 20: 25 J.; No. 27: 24 J.; No. 28: 26 J.; No. 29: 23 J.; No. 6, 18, 22: 30 J.)	= 8.
31—40 Jahre	(No. 17: 32 J.; No. 7: 33 J.; No 1, 8: 35 J.; No. 12, 19, 21: 36 J.; No. 11, 14: 37 J.)	= 9.
41—50 Jahre	(No. 4: 48 J.; No. 13: 44 J.; No. 15: 49 J.; No. 16: 42 J.; No. 23: 41 J.)	= 5.
51—60 Jahre	(No. 10: 52 J.; No. 25: 51 J.; No. 26: 56 J.)	= 3.
61—70 Jahre	(No. 5: 64 J.)	= 1.

Nach unseren Beobachtungen ist also die Krankheit am häufigsten in jüngeren und mittleren Jahren, nämlich vom 20.—40. Lebensjahre. Das jugendliche Alter scheint dagegen verschont zu sein, wenigstens liegen zur Zeit nur spärliche und vereinzelte Angaben darüber vor. Heath sah ein Empyem bei einem Neugeborenen (??!), Spitzer (s. oben) ein solches bei einem 10jährigen Mädchen.

Beschäftigung: Unsere Krankengeschichten, sowie diejenigen anderer Beobachter geben uns durchaus keinen Anhaltspunkt dafür, dass der eine oder andere Beruf für eine Erkrankung der Highmorshöhle besonders disponirt sei. Unter unseren Kranken befinden sich: 1 Pfarrer,

Digitized by Google

1 Arzt, 3 Kaufleute, 1 Lehrer, 1 Postangestellter, 1 Färbereibesitzer, 1 Cementfabrikant, 3 Fabrikarbeiter, 1 Säger, 1 Kutscher, 1 Zeichner. Die weiblichen Patienten waren ihrem Berufe nach: 1 Posthalterin, 5 Hausfrauen, 1 Wäscherin, 1 Dienstmagd, 1 Glätterin, 4 Fabrikarbeiterinnen, 1 ohne Beruf.

Recapituliren wir zum Schlusse noch einmal unsere Fälle in einer Eintheilung, wie sie durch die vier oben geschilderten Gruppen gebildet wird, so hätten wir — nach der Häufigkeit des Vorkommens geordnet —:

1) Dentaler Ursprung . . .	10 Fälle	= 32	pCt.
2) Allgemeinerkrankungen	7 „	= 22,5	„
3) Nasaler Ursprung . . .	4 „	= 13	„
4) Geschwülste	3 „	= 10	„
5) Unbekannte Ursache .	7 „	= 22,5	„

(Fortsetzung folgt.)

Zur Technik der Knochenleitungsprüfung.

Von

Dr. **R. Kayser,** Breslau.

Man mag über den diagnostischen Werth der Knochenleitungsprüfung mittelst Stimmgabeln denken wie man will, soviel wird doch allgemein zugestanden, dass die Prüfung der sog. Knochenleitung für eine vollkommene Untersuchung des Gehörorgans unerlässlich ist, und dass hierdurch gewisse Anhaltspunkte geliefert werden, welche bei der diagnostischen Abschätzung eines Krankheitsfalls mit in Rechnung zu stellen sind. Allgemein gelten heute als die wichtigsten und gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden der Knochenleitung folgende:

1) Untersuchung der Localisirung resp. Lateralisirung der Ton-Empfindung bei einer auf die Mitte des Kopfes aufgesetzten Stimmgabel (Weber'scher Versuch).

2) Untersuchung der zeitlichen Differenz in der Tonempfindung einer Stimmgabel bei Knochenleitung gegenüber der Luftleitung (Rinne'scher Versuch).

3) Untersuchung der zeitlichen Differenz in der Perceptionsdauer einer Stimmgabel durch Knochenleitung bei einem kranken Individuum gegenüber einem Gesunden resp. normal Hörenden.

Die Forschungen der letzten Jahre haben insbesondere der 3. Methode eine erhöhte Bedeutung verschafft. Die sorgfältigen und eingehenden Untersuchungen von Schwabach und Bezold haben zu dem Ergebniss geführt, dass die Resultate dieser Untersuchungsmethode ein viel sichereres Urtheil in diagnostischer Beziehung gestatten, als die beiden anderen Methoden. Es ist von beiden genannten Forschern übereinstimmend nachgewiesen worden, dass die Perceptionsdauer einer auf den Scheitel aufgesetzten Stimmgabel bei Erkrankungen des schallleitenden Apparats sich wesentlich länger erweist, als bei gesunden Personen, dass dagegen bei Affectionen des schallempfindenden Apparats dieselbe der beim Normalhörenden eruirten entweder gleichbleibt oder geringer ist, als diese. Schwabach fand bei Affectionen des Schallleitungsapparates

Digitized by Google

die Perceptionsdauer durch Knochenleitung verlängert in 88,8 % der Fälle, nicht verlängert in 11,2 %, bei Affectionen des Schallempfindungsapparats war die Perceptionsdauer verkürzt in 96,8 % und der normalen gleich in 3,2 %.

So bedeutungsvoll demnach diese 3. Untersuchungsmethode erscheint, so haften doch gerade ihrer Ausführung besondere Schwierigkeiten und Fehlerquellen an. Die wichtigsten derselben sind:

1) Ungleichmässige Intensität des Anschlags der Stimmgabel. Zur Vermeidung dieses Fehlers hat Eitelberg an die Stimmgabel einen Percussionshammer befestigt, welcher in mechanischer Weise einen gleichmässigen Anschlag hervorbringt — eine Vorrichtung, die sich doch nicht allgemein eingebürgert zu haben scheint.

2) Ungleichmässiger Druck der Stimmgabel auf den Kopf.

3) Grosse Zeitaufwendung bei der doppelten Prüfung sowohl des Kranken, als der Normalhörenden.

4) Unsicherheit der Zeitangabe, wann die Tonempfindung aufhört.

Ich habe nun eine Modification dieser Untersuchungsmethode in Anwendung gebracht, wodurch die erwähnten Schwierigkeiten bis auf die letzte mit Sicherheit beseitigt werden und die Ausführung der Untersuchung in der einfachsten und bequemsten Weise von Statten geht. Meine Modification besteht darin, dass ich die Stimmgabel nicht direct auf den Kopf des Untersuchten und des zum Vergleich bestimmten Normalhörenden, sondern auf die Mitte eines Holzstabes setze, dessen Enden an die entsprechenden Warzenfortsätze der beiden Personen angedrückt sind. Wird irgend eine Stimmgabel, mit beliebiger Stärke angeschlagen, auf die Mitte eines Stabes aufgesetzt — ich will ihn Schallleitungsstab oder Schallconductor nennen —, welcher vom Warzenfortsatz des Untersuchten zum Warzenfortsatz der Normalperson führt, so hören beide zu gleicher Zeit durch Knochenleitung den Ton. Wenn nun der Untersuchte durch irgend ein Zeichen angiebt, dass bei ihm die Tonempfindung aufgehört hat, so kann die Normalperson sofort beurtheilen, ob die Perceptionsdauer des Untersuchten verlängert, verkürzt oder gleich lang wie bei ihr selbst ist. Fungirt der Arzt selbst als Normalperson, so hat er den nicht zu unterschätzenden Vortheil, die Art und den Ablauf der Tongebung seitens der Stimmgabel während der Untersuchung zu controliren. Es ist klar, dass bei der geschilderten Modification die Fehlerquelle des ungleichen Anschlags vollkommen wegfällt. Ebenso ist ein ungleicher Druck auf den Kopf ausgeschlossen, da der Schallconductor durch gemeinsamen Gegendruck beider Köpfe festgehalten wird. Ferner ist die ganze Untersuchung erheblich abgekürzt, indem zwei zeitbestimmende Untersuchungsakte auf einen reducirt sind. Nur die eine Fehlerquelle: die Unsicherheit in der subjectiven Angabe bleibt bestehen, allein sie ist allen Stimmgabeluntersuchungen gemeinsam, und kann nur durch die Häufigkeit der Versuche verringert werden.

Was nun die Construction des Schallconductors betrifft, so ist sie sehr einfach und kann von jedem Tischler mit Leichtigkeit angefertigt werden*). Als Material ist Holz gewählt, weil nach den Untersuchungen

*) Instrumentenmacher H. Härtel in Breslau, Weidenstr. 33, liefert den nach meiner Angabe gefertigten Schallconductor zum Preise von 1,25 Mk.

Digitized by Google

von Vierordt Holz ein ausgezeichneter Schallleiter ist, wie wir ja auch unsere Stethoscope von Holz anfertigen lassen. Auf Grund der weiteren Angaben von Vierordt, dass der Widerstand bei der Schallleitung proportional der Länge und umgekehrt zum Querschnitt wächst, erscheint es zweckmässig, den Schallleitungsstab nicht zu lang und nicht zu dick zu machen. Ich habe dem Schallconductor eine Länge von ca. 60 Ctm. und einen Durchmesser von 12 Mmtr gegeben, ausserdem, wie beistehende Figur zeigt,

an beiden Enden halbkreisförmige Ansatzstückchen zur besseren Anpassung an die Warzenfortsätze angebracht. Die Mitte des Stabes, wo die Stimmgabel aufgesetzt wird, ist durch eine ebene Fläche markirt, der gegenüber befindet sich ein kleiner Griff. Im Ganzen ist, wie natürlich, die Tonempfindung durch den Schallconductor etwas schwächer, als wenn die Stimmgabel direct auf den Kopf gesetzt wird, was aber keine weitere Bedeutung hat. Bei hochgestimmten Stimmgabeln kann es vorkommen, dass zu Anfang der Ton bei unverschlossenen Ohren durch Luftleitung wahrgenommen wird. Allein das gilt nur für die ersten Sekunden und ist, da es gerade auf die spätere Zeit ankommt, ohne Belang.

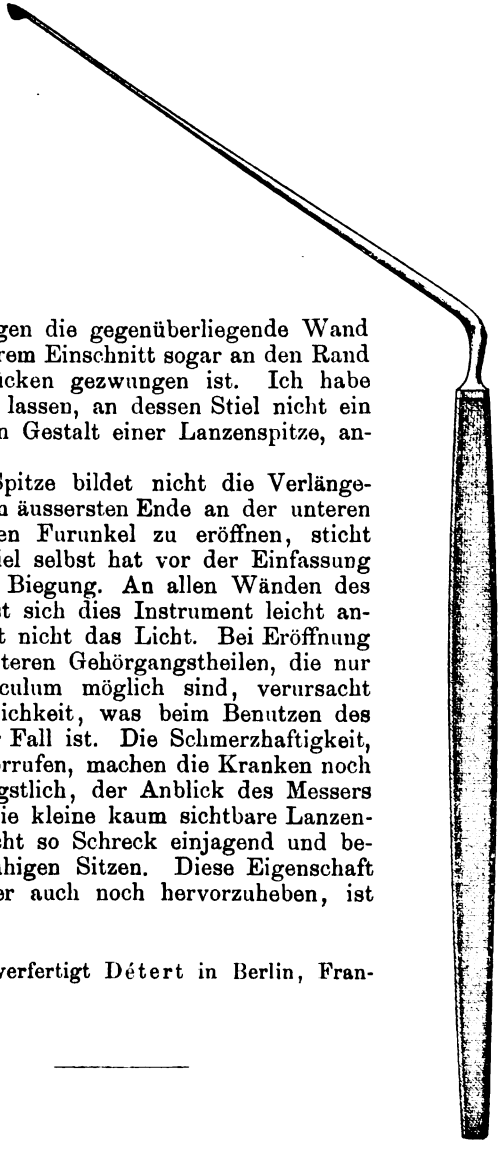
In historischer Beziehung möchte ich erwähnen, dass Urbantschitsch die Perceptionsdauer eines Stimmgabeltons für die Luftleitung prüft, indem er zwei gleichlange Enden eines ┬ Rohrs in das Ohr des Kranken und der Normalperson steckt und vor das offene Ende des kurzen Rohrs die Stimmgabel hält. Ferner hat Hassenstein vor 20 Jahren, um zu constatiren, auf welchem Ohr eine auf den Schädel gestellte Stimmgabel wahrgenommen wird, eine Stimmgabel auf den Vereinigungswinkel eines Messingcirkels — ähnlich einem Beckenmesser — gesetzt, dessen Spitzen an die Warzenfortsätze des zu Untersuchenden gedrückt wurden. Schliesslich hat Lucae, um die Wahrnehmung der Klirrtöne zu prüfen, welche beim leisen Aufsetzen der Gabel auf einen harten Körper entstehen, den Stiel einer kräftig angeschlagenen Stimmgabel mit einem kurzen Stahlcylinder in leise Berührung gebracht, dessen Ende auf den Warzentheil gesetzt oder in den äusseren Gehörgang eingeführt wurde. So nahe diese Methoden der von mir beschriebenen kommen, so ist doch der von mir vorgeschlagene Prüfungsmodus meines Wissens bisher noch nicht zur Untersuchung der Perceptionsdauer bei Knochenleitung angewendet worden. Ich glaube aber meinen „Schallconductor“ für diese als bedeutungsvoll anerkannte Untersuchung um so mehr empfehlen zu können, als dieselbe hierdurch auch in der Hand des weniger Erfahrenen ebenso leicht und bequem ausgeführt werden kann, wie der Weber'sche und Rinne'sche Versuch.

Digitized by Google

Furunculotom für den äusseren Gehörgang.

Von

Dr. med. **Koehler** in Posen.



Die von Hartmann, Politzer, v. Tröltsch u. A. empfohlenen Furunkelmesser haben vorerst an sich die Unbequemlichkeit, dass sie geradlinig sind. Bei der Incision wird stets durch die Hand das Licht stark verdeckt. Weiter haben die Messer dadurch eine unpraktische Eigenschaft, dass man beim Einschnitt den Griff in die Höhe gegen die gegenüberliegende Wand erheben muss, ja bei tieferem Einschnitt sogar an den Rand des Ohreinganges anzudrücken gezwungen ist. Ich habe ein Furunculotom machen lassen, an dessen Stiel nicht ein Messer, aber ein Dorn, in Gestalt einer Lanzenspitze, angebracht ist.[1])

Die zweischneidige Spitze bildet nicht die Verlängerung des Stieles, sie ist am äussersten Ende an der unteren Seite angebracht. Um den Furunkel zu eröffnen, sticht man einfach ein. Der Stiel selbst hat vor der Einfassung im Griff eine knieförmige Biegung. An allen Wänden des äusseren Gehörganges lässt sich dies Instrument leicht anwenden und man verdeckt nicht das Licht. Bei Eröffnung von Abscessen in den hinteren Gehörgangstheilen, die nur bei Anwendung des Speculum möglich sind, verursacht letzteres keine Unbequemlichkeit, was beim Benutzen des Furunkelmessers stets der Fall ist. Die Schmerzhaftigkeit, welche die Furunkel hervorrufen, machen die Kranken noch mehr empfindlich und ängstlich, der Anblick des Messers versetzt sie in Unruhe, — die kleine kaum sichtbare Lanzenspitze erscheint ihnen nicht so Schreck einjagend und bestimmt sie eher zum ruhigen Sitzen. Diese Eigenschaft meines Furunculotoms hier auch noch hervorzuheben, ist wohl nicht überflüssig.

---

[1]) Dies Furunculotom verfertigt Détert in Berlin, Französische Strasse 53.

Digitized by Google

Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta.

Von

Dr. med. **R. Cholewa**, Ohrenarzt in Berlin.

Als Brunner (Bradford, England) auf der Heidelberger Naturforscher-Versammlung im Jahre 1889 seine Erfahrungen über Menthol bei Tubenschwellung resp. Sclerose des Mittelohres darlegte, vergass er zu erwähnen, dass ich ein Jahr vorher genau dasselbe in meinem Aufsatze[1]) über die Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit durch die Tenotomie des Tensor tympani gesagt hatte. Von den anwesenden Otologen fand sich Keiner gemüssigt, für meine Priorität einzutreten; als aber Brunner, auf nur fünf Versuche hin, meiner Methode der Behandlung der Furunculose des Ohres[2]) vermittelst Menthol jeden Werth absprach, waren sofort zwei Herren bereit, ihm darin zu secundiren. Der eine hatte, wie er mir brieflich mittheilte, verhältnissmässig nur wenig Fälle nach meiner Methode behandelt und konnte seine Erfahrungen noch nicht als abgeschlossen betrachten. Der zweite hatte zur Zeit der Veröffentlichung meiner Arbeit im Frühjahr 89 schon eine nach seiner Ansicht „bessere Methode" erfunden (?) und kann somit nicht als unparteiisch in der Beurtheilung anderer Methoden angesehen werden. Die Folge indess dieser seltenen Uebereinstimmung dreier Collegen war, dass die Verwendung des Menthols bei Furunculose des Ohres nicht in Aufnahme kam, so dass College Grünwald (München) bei Mittheilung „seiner Methode"[3]) nicht ohne eine gewisse Genugthuung von einem „Fiasco" des Menthols bei Behandlung der Ohrfurunculose sprechen durfte. Wenn ich nun heute trotz dieser ungünstigen Situation noch einmal zu dieser Art der Behandlung der Ohrfurunculose das Wort zu nehmen wage, so geschieht dies, weil ich in den verflossenen 2½ Jahren mehr wie neunzig Fälle von Otitis externa et furunculosa in meiner Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen diesen Fällen wurde genau so wie in meiner Veröffentlichung vom Jahre 89 angegeben ist, die Behandlung sowohl von mir, wie von den bei mir arbeitenden Herren Collegen eingeleitet und haben wir bis jetzt nicht einen einzigen Misserfolg zu verzeichnen gehabt. Die Menthol-Wicken werden gut vertragen, besonders nachdem ich die Concentration der Menthol-Oel-Lösungen von 20 pCt. auf 15 und 10 pCt. herabgesetzt habe. Die Schmerzen, von der furunculösen Entzündung des Ohres ausgehend, hören denselben Tag noch auf und der Gehörgang schwillt in allen Fällen binnen 24 Stunden ab. Wenn mir entgegengehalten wurde (mündlich Prof. Dr. Zaufal), dass nach Menthol Recidive eintreten und dass es in Folge dessen nicht als „specifisch" wirksam gegen die Furunculose betrachtet werden könne, so ist das insofern nicht richtig, als Recidive durch genügend lange

---

[1]) Ueber progr. Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XIX. Bd.

[2]) Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörgangs. Therapeutische Monatshefte, Juni 1889.

[3]) Grünwald, Münchener med. Wochenschrift, 1891.

Digitized by Google

(8 Tage) fortgesetzte Mentholbehandlung sicher vermieden werden können. Man muss sich allerdings nicht damit begnügen, dass, wenn nach 2 bis 3 Tagen der Gehörgang vollkommen erweitert, die Schmerzen verschwunden und vollkommene Euphorie eingetreten ist, man nun die Behandlung unterbricht. Es ist dann dringend geboten, eventuell mit der Loupe den Gehörgang zu durchforschen, und so lange noch hier und da sich einige noch so geringe (circumscripte) Schwellungen desselben finden, die Behandlung fortzusetzen.

Durchschnittlich haben, bei täglicher Einführung von immer etwas stärkeren Menthol-Wicken, 8 Tage ausgereicht, um jedes Recidiv zu verhüten. Die einzige Ausnahme hiervon machen die Furunkelknötchen, welche ausserhalb oder dicht am Eingang des Gehörganges sitzen. Hier kann der Druck, welcher durch die Wicken ausgeübt werden soll, nicht recht wirken und hier ist es auch, wo ich ab und zu zum Messer greifen und spalten musste. Aber auch hier gab die Nachbehandlung mit Menthol in so fern äusserst günstige Resultate, als es rasch eine glatte Wundfläche schaffen half und deren Heilung wesentlich abkürzte.

Ich würde übrigens auf die ganze Mentholbehandlung nicht noch einmal zurückkommen, wenn ich nicht im Verlauf dieser 2½ Jahre weiter Gelegenheit gehabt hätte, Fälle zu beobachten, wo das Menthol sich als vorzügliches Mittel gezeigt hat nicht nur gegen die Verengerungen des Gehörganges, welche durch Furunculose bedingt waren, sondern auch bei solchen, die Entzündungen in der Nachbarschaft, besonders der Paukenhöhle, ihre Entstehung verdankten. Jeder Otologe weiss, dass im Anschluss an acute eitrige Mittelohr-Entzündungen, trotz der correctesten Behandlung, sich Entzündungen und dadurch Verengerungen des Gehörganges einstellen, die die weitere Behandlung der Mittelohr-Entzündung auf das Aeusserste zu erschweren geeignet sind. Es ist hierbei von der grössten Wichtigkeit, ein Mittel zu haben, welches den Gehörgang wieder eröffnet, ohne die Wandungen desselben wesentlich zu reizen und damit neue Schmerzen dem entzündeten und gereizten Organ hinzuzufügen. Dieses Mittel ist, wie ich das schon in meiner ersten Arbeit berührte, das Menthol. Auch hier wirken Mentholwicken derartig, dass sie den Gehörgang dauernd erweitern, ohne Verstopfung des Lumens des Gehörganges und Secretverhaltung herbeizuführen. Gerade in diesen Fällen feiert das Menthol seine besten Triumphe. Wenn es auch naturgemäss nicht im Stande ist, Eiteransammlungen in den Zellen des Warzenfortsatzes rückgängig zu machen, so ist es doch im Stande, solche durch Offenhalten und starke Desinfection der Paukenhöhle und ihrer Adnexa zu verhüten. Fälle, bei welchen die Aufmeisselung des Processus mastoideus unvermeidlich schien, derselbe auf Druck stark schmerzte, der Patient über Schwindelerscheinungen klagte und der Eiter nach jeder Durchspülung sich rasch von Neuem in der Paracentesenöffnung ansammelte und pulsirend hervorwälzte, nehmen einen anderen Character an. Der Eiter nimmt rapide an Menge ab, das Gehör und Allgemeinbefinden bessert sich von Tag zu Tag, der Verlauf des ganzen Falles ist kurz gesagt ein wesentlich anders gearteter, besserer geworden als man zu erwarten wagte.

Wie kommt dies? Können wir diese therapeutischen Ergebnisse der Mentholbehandlung zuschreiben? Nach Garré wird die Furunculose im Allgemeinen und nach Schimmelbusch die Ohrfurunculose im Be-

Digitized by Google

sonderen durch die Einwanderung des Staphylococcus pyogenes aureus in die Talgdrüsen und Haarbälge des Gehörganges bedingt. Auch bei der genuinen acuten Otitis media purunlenta spielt dieser Pilz insofern eine grosse Rolle, als er von den drei dabei hauptsächlich ätiologisch in Frage kommenden Pilzarten sicher der dauerhafteste ist. Er ist sicher auch derjenige, der die Otitis externa im Verlauf einer acuten eitrigen Paukenentzündung erzeugt. Wir werden daher auch berechtigt sein, die durch die extreme Widerstandsfähigkeit des Staphylococcus pyogenes aureus unterhaltene Otitis med. acut. purul. mit denselben Mitteln zu bekämpfen, wie die durch denselben Pilz erzeugte Otitis externa furunculosa.

Dr. P. Roenick hat gezeigt (siehe 1. Arbeit: Menthol bei Furunculose etc.), dass es genügt, gut entwickelte Culturen von Staphylococcus pyog. aureus Mentholdämpfen längere Zeit auszusetzen, um sie unfähig zur Weiterimpfung zu machen und dass dieser Pilz auf einem nur schwach mit Menthol (0,008 : 8,0 Gramm Agar) getränkten Nährboden sich überhaupt nicht entwickelt. Dass das Menthol ein stark antiseptisches Mittel local angewandt auch gegen Diphtheritis-Affectionen der Nase ist, habe ich therapeutisch in meiner Mittheilung „Menthol bei Diphtherie der Nase“ (Therapeut. Monatshefte, 1888) nachgewiesen. Auf diese Arbeit hin ist an der Universitätsklinik zu Erlangen im Jahre 1889 das Menthol local bei Diphtheritis des Pharynx und der Nase wiederholt versucht und sind die so gewonnenen Erfahrungen in der Inaugural-Dissertation von E. Romberg niedergelegt worden. Derselbe schreibt pag. 16: „Von besonders günstigem Einfluss auf den (diphtheritischen) Erkrankungsprocess, selbst bei schweren Formen, scheint nach eigenen Erfahrungen das Menthol zu sein, dessen Anwendung auf das Wärmste empfohlen werden kann.“ Hierauf folgen 10 Krankengeschichten, welche geeignet sind, diese Ansicht zu erhärten und für deren Thatsachen sich Professor Strümpell gewissermassen durch seine Unterschrift „Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät. Erlangen, 1889. Referent Prof. Dr. Strümpel“ verbürgt.

Wenn sich nun Menthol, local angewandt, so ausserordentlich kräftig gegen die Bacillen der Diphtherie und gegen den Staphylococcus pyog. aureus verhält, so können wir von vornherein annehmen, dass die übrigen bei acuter eitriger Paukenentzündung sich findenden Pilzspecies, besonders der Streptococcus pyogenes und der Diplococcus pneumoniae Fraenkel sich, bei ihrer verhältnissmässig geringeren Widerstandsfähigkeit, nicht anders als der Staphylococcus pyog. aur. gegen Menthol verhalten werden. Um aber auch diese Annahme sicher zu stellen, hat Dr. Roenick im Verein mit Dr. Troïe die Güte gehabt, eine Reihe von Versuchen zu machen, die die Widerstandsfähigkeit dieses Mal des Streptococcus pyogenes gegen Mentholdämpfe als Object hatten. Die dabei festgehaltene Versuchsanordnung bezweckt zweierlei: 1) festzustellen, ob Mentholdämpfe im Stande sind, frisch angelegte Oberflächenculturen in ihrer Entwicklung zu hemmen und 2) nachzuweisen, dass solche bereits kräftig entwickelte Streptococcenculturen unter Mentholdämpfen absterben. Die Versuche ergaben für beide Fragen eine bejahende Antwort. In der ersten Reihe von Versuchen wurde von frischen virulenten Culturen auf Agarschälchen überimpft, welche dadurch unter Mentholdampf gehalten wurden, dass

Digitized by Google

sie als Stürzen für andere vorher mit Menthol gefüllte Schälchen dienten. Trotz 10tägiger Beobachtung und Züchtung im Brütofen bei 37° C. entwickelten sich keine Colonien. In der zweiten Reihe wurden in der eben angegebenen Weise frische kräftige Culturen Mentholdämpfen zehn Tage lang ausgesetzt und im Brütofen aufbewahrt. Das Ergebniss war, dass die Abimpfung von diesen Culturen trotz mehrfacher Wiederholung stets negativ ausfiel. Wir wissen allerdings, dass Streptococcen längere Zeit zu Culturen auf Agar verwandt, eine Einbusse an ihrer Ueberimpfbarkeit auf Agar erleiden, indess wäre es doch wunderbar, wenn dies bei allen diesen Versuchen gleichmässig der Fall gewesen wäre. Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass Stichculturen von Mentholdämpfen allein in ihrem Wachsthum nicht beeinflusst wurden, da die Mentholdämpfe Gelatine naturgemäss nicht zu durchdringen vermögen.

(Schluss folgt.)

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

Fall 6. Hans Edm. H., 6 Jahre alt, Sohn eines Arbeiters im nördlichen Seeland, wurde am 16. Februar 1891 vom Spitalarzt Rasmus Nielsen zu mir gesandt, indem mich dieser bat, den Jungen, wenn möglich, von einer Trachealcanüle zu befreien, die er seit dem 9. Decbr. 1890 getragen und bisher nicht hatte entbehren können.

Der Patient ist kräftig und wohlgenährt. Die Trachealfistel liegt zwischen Cartilago cricoidea und thyreoidea. Wenn man die Canüle oder, nach deren Entfernung, die Fistel schliesst, ist es ihm unmöglich, Luft durch den Larynx zu pressen. Im Pharynx nichts Abnormes. Laryngoscopie ist bei seiner Aengstlichkeit unmöglich. In Chloroformnarcose wird mit Leichtigkeit eine Larynxsonde von oben in die Trachea hinunter geführt und eine Knopfsonde passirt von der Trachealfistel in den Larynx hinauf.

19. Februar. Da der Junge sehr unruhig ist, wird er leicht chloroformirt und um 9 Uhr Vormittags Intubation mit einer für sein Alter passenden Canüle vorgenommen. Mit etwas Anstrengung wird die Canüle durch den Larynx gepresst, wobei man das Gefühl hat, dass der Widerstand auf einmal aufhört und die Canüle dann leicht hinuntergleitet. Gleichzeitig kommt eine leichte Blutung von der Trachealfistel und etwas blutiger Schleim wird ausgehustet. Er athmet frei durch die Canüle.

20. Febr. Etwas Schleim ausgehustet, befindet sich aber wohl und verschluckt mit Leichtigkeit etwas Brei und Eier.

21. Febr. Klagte gestern Abend über etwas Schmerzen im Halse, hat die ganze Nacht geschlafen, isst und trinkt mit Leichtigkeit, hustet

Digitized by Google

noch immer etwas Schleim auf. Die Trachealfistel hat sich geschlossen. Pat. sitzt auf, spielt im Bett und ist ruhig.

1. März. Pat. ist den ganzen Tag auf. — Wohlbefinden.

Temperatur: 19. Februar, Morgens 36,8°, Abends 37,7°.
20. „ „ 37,5°, „ 39,0°.
21. „ „ 37,7°, „ 40,4°.
22. „ „ 37,5°, „ 37,8°.
23. „ „ 37,4°, „ 37,6°.
24. „ „ 36,9°, „ 37,4°.
25. „ „ 37,4°, „ 37,3°.
26. „ „ 37,2°, „ 37,6°.
27. „ „ 37,5°, „ 37,8°.
28. „ „ 37,6°, „ 37,2°.
1. März, „ 37,2°, „ 37,4°.
2. „ „ 37,3°, „ 37,2°.
3. „ „ 37,5°.

6. März. Heute wird er extubirt. aber da die Respiration deutlich stenotisch ist, wird die Intubationscanüle wieder eingeführt.

8. März. Pat. reist ab mit der Intubationscanüle einliegend.

3. April. Kommt nach Abrede wieder zu mir. Nach Aussage des Vaters hat er etwas Schleimabsonderung und Husten gehabt; ab und zu etwas Respirationsbeschwerden. Sein Aussehen ist gut. Die Respiration ist bei körperlicher Bewegung etwas stenotisch. Wird extubirt, aber wieder intubirt, da die Passage ungenügend ist. Die herausgenommene Canüle war nicht verstopft.

10. April. Die Canüle wird gegen eine andere, die 1 Ctm. kürzer und 1 Mm. dicker ist, umgetauscht. Pat. reist ab.

25. April. Kam heute zu mir. Wird extubirt, muss aber nach $^1/_2$ Stunde wieder intubirt werden, weil die Respiration mangelhaft war. — Am nächsten Tage reist Pat. wieder ab.

25. Mai. Kam heute wieder. — Wird extubirt. — Die Respiration während der ersten Stunden gut, aber nach dem Verlauf von 6 Stunden muss er wieder intubirt werden. — Reist wieder ab.

2. Juni. Kam heute wieder. — Wird extubirt. — Musste nach 7 Stunden wieder intubirt werden. — Reist ab.

7. Septbr. Kam heute wieder. Hat in der letzten Zeit sich etwas erkältet und eine recht starke Bronchitis mit Expectoration eines zähen Schleims bekommen, wodurch mitunter die Respiration etwas behindert ist. Wird extubirt, aber wieder intubirt. — Ich behielt ihn im Spitale, wo er 4 Tage zu Bett lag und Umschläge auf die Brust machte. Die Vergoldung der Canüle war theilweise abgenutzt, sie wurde deshalb vor seiner Abreise am 13. Septbr. von Neuem vergoldet.

31. October. Pat. kam heute wieder. — Die Tube wurde mit einer etwas schwereren Nummer, die leicht eingeführt wurde, umgetauscht.

Epicrise. In diesem Falle war die Stenose durch Granulationsmassen bedingt, die sich über der Trachealfistel, wahrscheinlich in Verbindung mit einer narbigen Strictur im Larynx, entwickelt hatten. Dass man es kaum mit Granulationsmassen allein zu thun hatte, scheint aus dem elastischen Charakter der Strictur hervorzugehen. Obgleich der Junge jetzt über 8 Monate beinahe ununterbrochen intubirt gewesen,

Digitized by Google

kann er die Tube noch nicht entbehren, wenn auch die Bedingungen sich nach und nach zu bessern scheinen. Während der Pat., nachdem er einen Monat intubirt gewesen, die Canüle unmöglich mehr, als ein paar Minuten entbehren konnte, kann er jetzt während 7 — 8 Stunden ohne Tube durch den Larynx athmen. Ich hoffe deshalb, dass es durch Anwendung immer schwererer Tuben gelingen wird, die Strictur genügend auszublocken, um die normale Passage zu retabliren.

Dieser Patient hält sich, wie der vorige, meistens in seiner Heimath, auf dem Lande in Nord-Seeland, auf, jedoch in unmittelbarer Nachbarschaft des Arztes, der versprochen hat, ihn zu beobachten. Er befindet sich wohl, isst feste und flüssige Speisen mit grösster Leichtigkeit, läuft im Freien herum und bietet, die heisere Stimme ausgenommen, das Bild eines vollkommen gesunden Knaben dar.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber Syphilis des äusseren Ohres. (On Syphilis of the External Ear.) Von Dr. Adolph Rupp (New-York). (Journ. of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, October 1891.)

In der New-York Eye and Ear Infirmary wurden im Verlaufe von 12 Jahren 28180 Ohrenkranke behandelt, von welcher Anzahl nur 21 mit syphilitischer Erkrankung des Ohres behaftet waren, und zwar betraf dieselbe in 10 Fällen das äussere Ohr, in weiteren 10 Fällen das Mittelohr und nur in einem Falle (! Ref.) das innere Ohr. — Verf. bespricht sämmtliche Erscheinungsformen, unter welchen sich Syphilis am äusseren Ohr manifestire, eingehend und mit kritischer Benutzung der von ihm sorgfältig zusammengestellten Literatur. Es können syphilitische Erscheinungen am äusseren Ohr zeitweilig ohne Begleiterscheinungen an übrigen Körpertheilen sich zeigen. A. Sch. (N.-Y.)

Erkrankung des Ohres bei Influenza. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv f. Ohrenhlkde. Bd. XXX, VI.)

Vom 17. December 1889 bis 24. Januar 1890 behandelte Rohrer 61 Patienten an Ohrenleiden, welche nach Influenza entstanden waren. 34 waren männlichen, 27 weiblichen Geschlechtes, 39 einseitig, 22 beidseitig erkrankt. 22mal bestand Otitis media catarrhalis, 18mal Ot. m. purulenta acuta, 9mal Ot. m. pur. chronica; Myringitis und Salpingitis, Otalgia und Otitis externa je 5mal, Tinnitus und Dysacusis zusammen 11mal. Letztere Erkrankungen, die ohne Betheiligung des Schallleitungsapparates auftraten, fasst R. als nervöse Affectionen in Folge der Infection auf, die seiner Meinung nach event. mit der Klebs'schen Flagellaten-Monadine in Zusammenhang gebracht werden könnte.

Gomperz.

Digitized by Google

Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. Von Dr. C. Corradi in Verona. (Arch. f. Ohrenhlkde., Bd. XXX, No. XIII.)

C. theilt folgende Beobachtung mit: Wird eine auf dem Warzenfortsatz schwingende Stimmgabel, sobald die Schallempfindung aufgehört hat, entfernt und dann wieder nach ungefähr zwei Secunden genau an die frühere Stelle angesetzt, so erneuert sich in vielen Fällen die Empfindung und dauert eine gewisse Zeit fort; derart kann sich die Empfindung bei gesunden Leuten 1—2, zuweilen 3—4 Mal wiederholen. Corradi nennt die erste Empfindung primäre, die folgenden secundäre; auf Grund mehrfacher Untersuchungen glaubt er sagen zu können, dass die vergleichende Prüfung auf die Dauer der Schallempfindung von beiden Seiten mit Rücksichtnahme auf die secundären Empfindungen zur Diagnose verwendet werden könnte; Vermehrung der secundären Empfindungen bei mehr oder weniger bedeutender Schwerhörigkeit könne nämlich als ein Zeichen von Irritabilität des Nervus acusticus aufgefasst werden, wie sie bei hyperplastischen Mittelohrentzündungen vorkämen. Je mehr die Dauer vom Anfange der ersten Empfindung bis zum Ende der letzten abgenommen hat, desto wahrscheinlicher wird die Erkrankung des schallleitenden Apparates sein. Aus dem Fehlen der secundären Empfindung bei hochgradiger Schwerhörigkeit mit bedeutender Verkürzung der Kopfknochenleitung und anderen auf Labyrinthaffection hindeutenden Symptomen schliesst C. auf vorgeschrittene Affectionen der Nervenelemente. Gomperz.

Das Catheterisiren der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. (New Method of Inflating [Catheterizing] the Middle Ear. Von J. M. Ball (Keokuk, Jowa). (The Journal of the Amer. Med. Association, 19. Dec. 1891.)

Das „Neue" der Methode besteht darin, dass der Schnabel des Catheters mittelst des rhinoscopischen Spiegels controlirt wird.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein Auscultationsschlauchhalter. Von Dr. L. Katz. (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX, VII.)

Das Instrument besteht aus zwei Metallbögen, welche derart aneinandet befestigt und verschiebbar sind, dass die Verwendung bei verschieden grossen Köpfen möglich ist. Das eine Ende des quer über den Schädel anzulegenden Apparates trägt eine Pelotte, das andere eine Federvorrichtung zur Fixirung des Schlauchs, welchen Katz ohne Olive verwendet. Gomperz.

Zur Warzenfortsatzoperation. (Notes on Operations upon the Mastoid Process.) Von E. Grueningen (New-York). (XXIV. Jahresversammlung der Amer. Otolog. Society. — N.-Y. Medical Journ., 2. Januar 1892.)

Auf der Ohrenabtheilung des Mount Sinai Hospitals in New-York wurden von G seit Anfang des Jahres 1889 im Ganzen 47 Warzenfortsatzoperationen ausgeführt, eine weit grössere Anzahl, als je zuvor in gleichem Zeitraume. Die Zunahme war Folge des Vorherrschens der

Digitized by Google

Influenza. Es kamen zur Operation: 1) Acute Caries oder Empyem des Warzenfortsatzes mit ausgiebiger Eiterabsonderung durch die Paukenhöhle — 39 Fälle; 2) Caries des Warzenfortsatzes bei unversehrter äusserer Wand und ohne Eiterausscheidung durch die Paukenhöhle — 2 Fälle; 3) chronische Mittelohreiterung mit Bildung von cholesteatomatösen Massen im Antrum und in der Paukenhöhle — 3 Fälle; 4) chronische Mittelohreiterung mit Sclerose des Warzenfortsatzes, Thrombose des Sinus lateralis und Pyämie — 2 Fälle und 5) chronische Mittelohreiterung mit Sclerose des Warzenfortsatzes und Gehirnabscess — 1 Fall. Von der Gesammtzahl von 47 Fällen wurden alle acuten Fälle, d. i. 41, vollständiger Heilung entgegengeführt. Von den übrigen, chronisch verlaufenen Fällen wurden die 3 mit Bildung cholesteatomatöser Massen einhergehenden gebessert, aber nicht vollkommen geheilt, während die unter 4) und 5) angeführten Fälle, die mit ausgebildeter Sinusthrombose bezw. mit Gehirnabscess zur Hospitalsaufnahme gelangten, lethal verliefen.

G. erreicht eine bedeutende Abkürzung der gewöhnlich sich so bedeutend in die Länge ziehenden Heilungsdauer durch eine Modification der Schwarze'schen Operation, welche darin besteht, dass er systematisch den ganzen Proc. mast. aufmeisselt, also die äussere Wand desselben vollständig entfernt. Bei dieser Art des Vorgehens ist die Lage des Sinus lateralis dann leicht zu erkennen, die Eröffnung des Antrums also mit weniger Gefahr verbunden. Von den 41 acuten Fällen blieben 40 während der ganzen Heilungsdauer, welche durchschnittlich 4 Wochen betrug und während welcher Zeit weder die Wunde, noch das Ohr je ausgespült zu werden brauchte, vollkommen aseptisch. Die Gaze wurde alle 4 Tage erneut. Der Eiterfluss aus dem Ohre versiegte in jedem dieser Fälle unmittelbar nach der Operation.

„Zwei Fälle von centraler Caries, welche ohne die geringste äussere Veränderung verliefen, bewiesen, dass das Innere des Warzenfortsatzes in ausgedehnter Weise erkrankt sein kann, ohne dass die von den Lehrbüchern postulirten äusserlichen Erscheinungen vorhanden zu sein brauchen. Bei diesen zwei Fällen war Schmerz auf Druck das einzige auf Erkrankung des Proc. mast. hindeutende Symptom. Röthung und Schwellung der Weichtheile, spontane locale Schmerzhaftigkeit, Kopfschmerz und Temperaturerhöhung brauchen alle nicht nothwendigerweise vorhanden zu sein und nur der Schmerz auf Druck darf als nie fehlendes Zeichen angesprochen werden. Weicht dieser Schmerz nicht nach Anwendung friedlicher Mittel, so begründet er eine hinreichende Anzeige für die Ausführung der Operation." A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von Sarcom der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. Von Dr. R. Haug, Privat-Docent in München. (Arch. f. Ohrenhlkde., Bd. XXX, No. VIII.)

H. beobachtete bei einem 18jährigen Mädchen, das seit dem 3. Lebensjahre an Ohrenfluss litt, ein Sarcom, welches in der Tiefe des Ohres wurzelte, mit dem Gehörgange nirgends zusammenhing und einerseits als wälschnussgrosser Tumor in der Concha lag, während andererseits hinter der Ohrmuschel zwei ebenso grosse Tumoren aus der Regio mastoidea vorgewuchert waren. 6 Wochen nach der Operation Recidive;

Digitized by Google

3 Monate später Exitus an Meningitis. Die microscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer Combination von Rundzellen- und Schleimgewebe mit Prävaliren der Rundzellen. Vereinzelt fanden sich Hohlräume, die mit zweischichtigem cylindrischem Epithel ausgekleidet waren.

Gomperz.

Schwindel und Ohrenpfröpfe. (L'état vertigineux et les bouchons de cérumen.) Von Dr. Ricardo Botey. (Arch. int. de laryng., otol., rhinol. No. 2 und Revue de laryngol. No. 17.)

Schwindel in Folge von Ohrenschmalzpfröpfen ist ziemlich selten. Ein 44jähriger Mann bekam unausstehliches Summen im rechten Ohre mit darauffolgenden Schwindelanfällen; rechterseits zeigt das Acumeter blos 1,50 Meter, während das linke Ohr normal war. Die Untersuchung ergab 2 Cerumenpfröpfe im rechten Ohre, nach deren Entfernung Patient geheilt war.

Dr. P. K.

Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos*). Von Dr. Stacke in Erfurt.

S. hält die Excision des Trommelfells mit dem Hammer und event. dem Ambos für indicirt: 1) als hörverbesserndes Mittel bei den durch Residuen abgelaufener Eiterung oder adhaesiver Entzündung verursachten Hammerfixationen, selbst bei voraussichtlich nicht normal beweglichem Steigbügel, also bei totaler Verkalkung des Trommelfelles, isolirter Hammer-Ambos-Ankylose und Verwachsung des Trommelfelles mit dem Promontorium und bei unheilbarer Tubenverwachsung; contraindicirt ist die Operation bei Sclerose; 2) als Mittel zur Heilung chronischer Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen bei nachweisbarer Caries des Hammers oder Amboses, bei Caries des Atticus und bei Cholesteatom der Paukenhöhle. Bei den letzteren 3 Formen führt S. die Hammer-Ambosextraction nöthigenfalls nebst breiter Eröffnung des Atticus resp. des Antrum mastoideum mittelst Meissels, nach vorhergegangener Ablösung der Ohrmuschel, aus.

Gomperz.

Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv für Ohrenheilk. Bd. 31, IX.)

R. machte ausgedehnte Versuche mit den 3 Sorten des Pyoktanin zur Klarlegung ihrer antimycotischen Eigenschaften; dabei fand er, dass das P. coeruleum am ehesten einen entwicklungshemmenden Einfluss auf Bacterien auszuüben im Stande sei. Sowohl dieses, als auch das Hexaäthylviolett üben in 2 procentiger Lösung eine wachsthumhemmende Wirkung auf Milzbrandsporen aus, wenn Milzbrand-Seidenfäden vor dem Einlegen in die Nährbouillon in die 2 procentige Farbstofflösung 1 — 2 Tage eingeweicht werden oder wenn 1 Ccm. derselben auf ein gewöhnliches Bouillonröhrchen zugesetzt wird. Im lebenden Thierkörper kommt

*) Vortrag, gehalten in der Section für Chrenheilkunde anf dem X. intern. med. Congress zu Berlin 1890. Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 31, Heft 2.

Digitized by Google

aber die antimycotische Wirkung des P. coeruleum nicht in dem Maasse zum Ausdruck, wie bei der Anwendung im Brutschrank. Von 8 Mäusen, die mit wie oben präparirten Milzbrand-Seidenfäden geimpft wurden, starben 5 binnen 2—5 Tagen an Milzbrand.

Ferner versuchte R. das P. coeruleum in 126 Fällen acuter und chronischer eiteriger Entzündungen des äusseren Gehörganges und der Paukenhöhle, theils, indem er Ausspritzungen und Auswaschungen mit 2 procentiger Lösung verwendete, wonach der Gehörgang mit 1 procentiger Pyoctaninwatte tamponirt wurde, theils indem er pures Pyoctaninpulver auf die erkrankten Theile brachte. R. konnte davon stets eine sedative und eitervermindernde Wirkung bemerken, und auch vielfach Desodorisirung erreichen; eine nennenswerthe Anzahl schwerer Fälle konnte er damit zur Heilung bringen.

(Wenn man bedenkt, dass viele stürmische Otitiden bei einfacher Reinhaltung ausheilen, dass wir viel wirksamere sedative, eiterungsvermindernde und desodorisirende, und dazu farblose Mittel zur Bekämpfung der eitrigen Ohrentzündungen besitzen; wenn man ferner bedenkt, dass bei eitrigen Mittelohrentzündungen die genaue Controle der Veränderungen an Trommelfell und Gehörgangswandungen von grösster Wichtigkeit ist, so muss man die Verwendung des Pyoctanins bei Ohrenkrankheiten als durchaus entbehrlich und unrationell verwerfen. Ref.)

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

3 Fälle von Rhinolithiasis. (Trois cas de rhinolithiase.) Von Dr. Ruault. (Société française d'otol. et de laryngol, Séance du 23 Mai 1890.)

Verf. erzählt 3 Fälle von Nasensteinen; alle 3 boten die gewöhnlichen klinischen Symptome dar; nur in einem konnte ein Fremdkörper, ein Kirschkern, nachgewiesen werden. Verf. zweifelt aber nicht, dass in jedem Fall ein Fremdkörper als Ansatzpunkt für die Kalkablagerungen vorhanden sein muss. Dies kann man ja auch aus Analogie schliessen; nur für die Gallensteine ist die Behauptung vielleicht nicht zutreffend.

Dr. P. K.

Aspergillusmycose der Kieferhöhle. Von Zarniko. (Deutsche med. Wochenschr. No. 44, 91.)

Fadenpilze in der Nase sind selten, in den Nebenhöhlen noch nie beobachtet worden. Daher ist der von Verf. beschriebene Fall sehr interessant; es handelte sich um polypöse Hypertrophien der beiden mittleren Muscheln und linksseitige Kieferhöhleneiterung bei einer 50jährigen Frau. Bei Ausspülung der Höhle fand sich in der Spülflüssigkeit neben dem schleimigeitrigen fötiden Secret eine Anzahl dunkelbraungrau gefärbter, theils bröckliger, theils zähweicher, bis erbsengrosser Stücke, welche sich als Aspergillus fumigatus erwiesen.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Ueber den Centralapparat des Geruchsinnes. (De l'appareil nerveux central de l'olfaction.) Von Dr. Trolard. (Société de Biologie; Paris, November und Semaine médicale No. 47.)

Verf. giebt eine ziemlich verworrene Beschreibung der Verbindungen der Arucci olfactorii mit dem verlängerten Mark, mit dem Tuberculum anterius der optischen Zone, mit der Gehirnrinde; das Corpus callosum mit dem Ammonshorn bilden das corticale Centrum des Geruchapparates.

Dr. P. K.

Fibro-Myxoma of the nasopharynx. Von Bumie. (Med. News, 7. November, 1891.)

Bei einem 11jährigen Knaben hatte Verf. Gelegenheit, ein Fibromyxom zu operiren, das nach kaum einem Jahre wiederkehrte und von Neuem entfernt werden musste. W. Lublinski.

Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Crystalle in Nasentumoren. Von Lewy. (Berlin. klin. Wochenschr. No. 33 u. 34, 1891.)

Aus den Untersuchungen Verf.'s geht hervor, dass Nasenpolypen in ihrer Mehrzahl die erwähnten Crystalle enthalten. In 47 Fällen wurden sie 32mal, bei Papillomen 3mal unter 4 Fällen gefunden. Bei Asthmatikern wurden sie häufiger gefunden, jedoch hält das Verf. für einen Zufall. In der Umgebung des Polypen enthielt die Nasenschleimhaut den fraglichen Stoff nicht. W. Lublinski.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Totale Resection aller Gesichtsknochen. (De la résection totale des os de la face.) Von Dr. Péan. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Janvier 1890.)

Multiple Tumoren der Gesichtsknochen sind selten. Eine 22jährige Frau zeigte multiple, von den Backzahnwurzeln ausgehende Osteofibrome, die das Os sphenoideum, beide Supramaxillarknochen und den Unterkieferknochen einnahmen; die Krankheit dauerte schon 9 Jahre. Verf. giebt die Photographie der furchtbar entstellten Patientin; letztere forderte die Radicaloperation, zu welcher Péan sich trotz der geringen Aussicht auf Erfolg und trotz des elenden Allgemeinbefindens der Frau entschloss. Beide Jochbeine, beide Oberkieferknochen, beide Unterkiefer und ein Theil des Os sphenoideum wurden entfernt. Verf. beschreibt die verschiedenen von ihm ausgeführten und erfundenen Schnitte, giebt das photographische Bild der Patientin nach vollendeter Heilung, mit und ohne prothetischen Apparat. Die Operation wurde in 2 Sitzungen mit 6wöchentlicher Pause ausgeführt. Bei der ersten Operation wurde bemerkt, dass der obere Lappen des Tumors unter die harte Platte des Corpus ossei sphenoidei hinaufragte; letztere Platte musste also entfernt werden und zum grossen Erstaunen fand man im spongiösen Theil des Knochens einen querliegenden Backenzahn. Verf. nimmt an, dass dieser Zahn die Ursache des Neoplasmas war; selten beim Menschen vorkommend, findet man diese Art von Neubildung mehrfach bei Thieren, namentlich bei den Pferden. Bei der 6 Wochen später ausgeführten Exstirpation

Digitized by Google

des Unterkiefers fand man im Tumor einen querliegenden Augenzahn dies war um so auffälliger, als die Zähne des Unterkiefers vollständig an Zahl waren; Verf. nimmt auch diesen Zahn als Ursache des Unterkiefertumors an. Alle ausgeführten Schnitte heilten per primam und bewährte Pariser Professoren der Zahnheilkunde construirten einen sehr complicirten, aber zweckerfüllenden Apparat, dessen Abbildung beigegeben ist.

Der Vortrag wird, wegen des seltenen Vorkommens und des hübschen Erfolges der Operation (Heilung per primam und nach 14 Monaten noch kein Recidiv), mit Interesse im Original gelesen. Dr. P. K.

Rundes Pharynxgeschwür. (Ulcère rond du pharynx.) Von Dr. Henrot. (Union médicale du Nord-Est No. 8, 1890.)

Eine gesunde Frau zeigt auf der hinteren Pharynxwand ein rundes, 20pfennigstückgrosses, scharfrandiges, 2—3 Millimeter tiefes Geschwür; eine geschwollene Lymphdrüse in der rechten Cervicalgegend. Bestreichen mit Argent. nitric. und Einreiben der geschwollenen Lymphdrüse mittelst Jodkalisalbe brachten in 3 Wochen Heilung. Tuberculose, Syphilis, Scrophulose waren ausgeschlossen und nimmt Verf. wegen der Aehnlichkeit der anatomischen und klinischen Symptome ein dem runden Magengeschwür ähnliches rundes Rachengeschwür an. Dr. P. K.

Fall von allgemeinem Emphysem, durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. (Un cas d'emphysème généralisé déterminé par le cathétérisme de la trompe d'Eustache.) Von Dr. P. Verdos. (Revue de laryngol. No. 17.)

Locales Emphysem selten, allgemeines noch seltener. Eine 40jährige Frau, welche mittelst Catheterismus behandelt wurde, bekam nach der vierten Sitzung Halsempyem, welches trotz aller Behandlung anwuchs und sich über den ganzen Körper verbreitete. Heilung nach 3 Tagen. Dr. P. K.

Eine von Reizung des Halsvagus abhängige Art von Schwindel. (Sur une forme de vertige dépendant de l'excitation du nerf vague à la région du cou.) Von Dr. Cardarelli, (Société ital. de médecine interne und Semaine médicale No. 46.)

Druck auf den Halstheil des Vagus hemmt die Herzbewegungen, erzeugt Schwindel, Gefühlsstörungen an der gedrückten Seite und selbst epileptische Krämpfe. Concato und Federici hatten diese Phänomene bei Greisen, bei Arteriosclerose und bei Gehirnleiden beobachtet. Bei drei Patienten brachte Atropin Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. (Contribution à l'étude des maladies de l'aorte par l'auscultation rétrosternale.) Von Dr. Boy Teissier. (Semaine médicale No. 30, 1891.)

Verf. betont den Nutzen der Auscultation mittels eines eigens dazu construirten Stethoscops hinter dem Sternum am Halse zwischen den beiden Sternomastoidei und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die retrosternale Auscultation ergiebt bei gesunden Menschen gar kein Resultat;

Digitized by Google

2) bei Erkrankungen des Aortenbogens giebt sie manchmal deutlichere Zeichen, als die classische Methode; 3) bei Aortitis giebt sie gar keine Symptome, welche nicht auch mittelst der classischen Methode zu hören wären; 4) sie giebt also nur Geräusche zu erkennen, welche in der Aorta selbst entstehen oder durch deren Wände fortgeleitet werden; 5) in Fällen, wo die classische Auscultation im Stiche lässt und man dennoch ein Aneurysma vermuthet, soll man jedenfalls die retrosternale Auscultation anwenden. Dr. P. K.

Ueber Dyspnoe bei Morbus Brightii. (De la dyspnée dans le mal de Bright.) Von Dr. Howard. (Société de médecine du Canada und Ann. de la Société médicochirurgicale de Liège No. 12.)

Die Schlüsse der genannten Arbeit sind folgende: 1) Morbus Brightii kann eine continuirliche oder eine intermittirende Dyspnoe verursachen; letztere ist häufiger. 2) Diese Dyspnoe ist eines der frühzeitigsten Symptome des Leidens; Herz, Lungen und Pleurae sind dabei gesund, der Urin allein ergiebt die Diagnose. 3) Das Cheyne-Stokes'sche Athmen besteht manchmal, ist aber nicht constant; es kommt sowohl bei interstitieller als parenchymatöser Nephritis vor. 4) Die Dyspnoe ist so, dass man augenblicklich den Tod erwartet; nichtsdestoweniger leben die Patienten oft noch Monate, ja Jahre lang nachher. 5) Die so zu sagen latente Form der Krankheit ist nie durch Glottisoedem, sondern immer durch von gehemmter Nierenfunction abhängige Urämie bedingt.
Dr. P. K.

Ueber die Morphologie und die Biologie des Soorpilzes. (Sur la morphologie et la biologie du champignon du muguet.) Von Dr. G. Linnossier und Dr. Roux. (Académie des sciences, 11. November und Semaine médicale No. 49.)

Das Oidium albicans, von den übrigen im Munde vorkommenden Organismen durch die bacterioscopischen Proceduren getrennt, kann sich unter der Form von Hefepilzen (Saccharomyces) oder unter der gewöhnlichen Form von Fadenpilzen vorstellen. Verff. fanden noch eine dritte Form, die Chlamydosporen, aus welcher die ersten Formen entstehen. Durch vielfache Versuche haben Verff. gefunden, dass durch die Cultur bald der Hefepilz, bald der Fadenpilz entsteht und dass diese Genese von dem moleculären Gewicht der Nahrung abhängt, in anderen Worten: je complicirter die chemische Structur der Nahrung ist, desto mehr besteht Tendenz zur Fadenbildung. Dr. P. K.

---

2 seltene Zungenleiden. (Deux cas d'affections rares de la langue.) Von Dr. Bock. (Clinique de Bruxelles, Mai 1890 und Revue de laryngol. No. 17.)

Acute bedeutende Schwellung der Zunge; selbe war bläulich, hart, elastisch, den ganzen Mund ausfüllend. Das rasche Entstehen, das Fehlen jeden Trauma's, die zugleich bestehende Urticaria liessen auf Zungenurticaria schliessen; das Leiden verging rasch von selbst.

Ein 35jähriger Mann, tabetisch und tuberculös, zeigt von Zeit zu Zeit auftretende harte, elastische, schmerzlose, die Dicke der Zunge einnehmende, nach einigen Tagen von selbst vergehende kleine Geschwülste.

Digitized by Google

Das öftere Entstehen, das Fehlen von Schwirren, besonders das schnelle Verschwinden liessen das Aneurysma ausschliessen. Verf. nimmt an, es seien einfache Blutaustritte, durch Gefässveränderung hervorgebracht.

Dr. P. K.

Die „schwarze Zunge", ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1845. (La „langue noire", sa première description par H. Landouzy en 1845.) (Union médicale du Nord-Est No. 9, 1890.)

Irrthümlicher Weise wird die sogenannte „schwarze Zunge" auf Bertrand de St. Germain (1855) zurück geführt, welcher Autor selbe fälschlicher Weise als „Nigritie de la langue" beschrieben und als einfache Pigmentablagerung gedeutet hat. In Wirklichkeit hatten Gubler und Maurice Raynaud im Jahre 1869 anatomisch richtig selbe als Hypertrophie der Zungenpapillen beschrieben. Diese Daten sind falsch, und behält die Schule von Reims sich vor, zuerst im Jahre 1845 die sogenannte „schwarze Zunge" durch Prof. H. Landouzy anatomisch und klinisch richtig beschrieben zu haben. Verf. citirt wörtlich die im Jahre 1845 in der Academie von Reims gehaltenen Vorträge, in welchen Landouzy von den „Végétations piliformes à la surface de la langue" spricht, welcher Ausdruck dem heute gebräuchlichen deutschen Worte „Haarzunge" und dem neueren französischen „Melanotrichie linguale" entspricht.

(Geschichtlich ist der Aufsatz recht interessant. Der Referent.)

Dr. P. K.

Zungenaffectionen bei Syphilis. (Les manifestations linguales de la syphilis.) Von Dr. Fournier. (Union médicale, Mai 1890 und Revue de laryngologie No. 17.)

Der eigentliche Zungenschanker ist selten; er kommt nur an der vorderen Zungenhälfte vor; er kann eine einfache Erosion oder ein wirkliches Geschwür darstellen.

Die secundären Erscheinungen, viel häufiger, sind trockener oder secernirender Natur, kommen an allen Punkten der Zunge vor. Die trockenen werden mit den Namen Glossitis depapillans sive tonsurans, Psoriasis lingualis, flache Plaques genannt; die secernirenden sind erosiv, erosivopapulös, papulohypertrophisch oder geschwürig.

Die tertiären Erscheinungen werden relativ häufig angetroffen; Hyperplasie, welche zur Sclerose oder zur Gumma führt; beide können sich auf die Schleimhaut mit dem Unterhautzellgewebe beschränken oder in die Tiefe gehen.

Dr. P. K.

Halbseitige Zungenatrophie. (Hémiatrophie de la langue.) Von Dr. Turner. (Société Huntérienne à Londres und Semaine No. 53.)

Ein 5jähriges Mädchen hat rechtsseitige Zungenatrophie, verbunden mit Lähmung des rechten Armes und des Gaumensegels; Atrophie der Sehnerven. Es waren epileptische Anfälle vorausgegangen, und diese selbst waren nach Scharlach eingetreten; gleich nach dem Scharlach hatte allgemeine Paralyse bestanden. Fehlen des Patellarreflexes. Syphilitische Antecedentien.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Mandelentzündung und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. (Des Angines infectieuses et des amygdalites consécutives aux opérations intranasales.) Von Dr. Ruault. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Kommen ziemlich häufig vor; die einseitige Amygdalitis derselben oder sogar der anderen Seite ist die häufigste. Man kann dabei nicht an von aussen kommende Infection denken, sondern der Kranke inficirt sich selbst durch seine Wunde und die beobachteten Erscheinungen sind blos der Ausdruck einer Allgemeininfection des Organismus. Die Gutartigkeit der in die Nase gesetzten Verwundungen beweist, dass die infectiösen Agentien inspirirt werden und im Nasenrachenraum einen ihrer Entwicklung günstigen Boden finden. Dr. P. K.

Chronischer Abscess der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend. (Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome.) Von Dr. Natier. (Ann. de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryng. et d'otol. No. 18.)

Ein 29jähriger Mann zeigte ausser einem Nasenrachencatarrh eine haselnussgrosse, weissliche Geschwulst auf der rechten Mandel. Kein Schmerz; Tumor hart, wurde als Fibrom bezeichnet. Nach 2 Monaten Schmerz, Schlingbeschwerden, Röthung des unteren Theiles der Geschwulst. Eröffnung mit dem galvanischen Messer, Ausfluss von verdicktem Eiter. Es handelte sich also um einen chronischen Abscess. Dr. P. K.

Lupus der Wange, des Gaumensegels, des harten Gaumens und der Mandeln. (Lupus de la joue, du voile du palais, de la voûte palatine et des amygdales.) Von Dr. James Goodhart. (The Lancet und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20.)

Behandlung mittelst Thermocauter. Heilung. Dr. P. K.

Speichelstein. Operation. (Un cas de calcul salivaire. Ablation.) Von Dr. W. H. Browne. (The Lancet und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Bei einem 8jährigen Kinde verstopfte ein bohnengrosser Stein den Wharton'schen Gang; letzterer bot eine Fistel dar, durch welche man den Stein erblickte. Durch einen einfachen Schnitt wurde er leicht entfernt; er wog 40 Centigramm und bestand aus Kalksalzen.

Dr. P. K.

Tumor der Thyroidea, anscheinend bösartig; Verschwinden nach der Tracheotomie; Recidiv unter der Form eines Sarcoma. (Tumeur thyroidienne d'apparence maligne, qui disparut après la trachéotomie, Récidive à forme sarcomateuse.) Von Dr. G. R. Turner. (Brit. Med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eine seit 6 Monaten bestehende Geschwulst der Thyroidea bei einer 62jähr. Frau zwang zur Tracheotomie; wegen des sehr tief ausgeführten Trachealschnittes konnte keine gewöhnliche Canüle, sondern musste eine Gummisonde No. 12 eingeführt werden. Scheinbare Heilung durch Verschwinden der Geschwulst; Recidive, zweite Tracheotomie, Tod. Das Microscop ergab ein Sarcom. Dr. P. K.

Digitized by Google

2 Fälle von Lähmung des Musculus cricothyreoideus. Beitrag zur Lehre von der Larynxinnervation. (Deux cas de paralysie du muscle cricothyreoidien. Contribution clinique à la doctrine de l'innervation des muscles du larynx.) Von Dr. Masucci. (Gazz. crit. intern. delle malatt. de naso, gola ed orrecch., Mars 1890 und Revue de laryng. No. 16.)

Verf., gestützt auf 2 von ihm beobachtete Fälle, schliesst, dass beim Toniren die Musculi cricothyreoidei nothwendiger Weise gespannt sein müssen. Bei eintretender Lähmung genannter Muskeln tritt nothwendiger Weise eine Stimmveränderung ein, weil die Cart. cricoidea sich der Cart. thyreoidea nicht nähert und weil die Spannung der Stimmbänder keine vollständige wird. Verf. erwähnt die verschiedenen in dieser Beziehung gemachten Experimente und giebt dann die laryngoscopischen Merkmale der Lähmung der Musculi cricothyreoidei. Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. Von Dr. Th. Heryng. (Therapeutische Monatshefte, Nov. 1891.)

Im Einklang mit Heymann, Fraenkel, Ref. und Landgraf kann Verf. bestätigen, dass die Injectionen von Cantharidin bei oberflächlichen Stimmbandgeschwüren und Infiltraten der hinteren Larynxwand in einigen Fällen eine Abschwellung der infiltrirten Partien zur Folge hatte und durch seröse Durchtränkung des Geschwürsbodens eine Reinigung derselben zu Stande kommt und die Heilung der Geschwüre selbst günstig beeinflusst wird. Bei Anwendung von 0,2 Dcgrm. wird keine irritative Wirkung auf den Harnapparat constatirt. In schweren Fällen von Larynxtuberculose, sowie bei schlechter Ernährung, Hectik, Reizerscheinungen des Darms und der Nieren ist die Behandlung contraindicirt. Grössere Dosen rufen Reizerscheinungen der Blase und der Nieren, sowie Diarrhoe hervor und bewirken auch im Kehlkopf diffuse Oedeme um die erkrankten Stellen, welche eine etwaige Dysphagie vermehren. W. Lublinski.

Laryngotrachealfractur. Verklebung der Stimmbänder, überzählige Glottis. (Fracture laryngotracheale. Accollement des cordes vocales, glotte supplémentaire.) Von Dr. Carlos Desvernine. (Revue de scienc. medic. und Revue de laryngol. No. 16.)

Ein 15jähriger Knabe erhielt durch directe Contusion eine Laryngo-Trachealfractur; Tracheotomie; Entfernung der Canüle. Leicht hörbare, dysphonische Stimme, welche aber durch ihren tiefen monotonen Klang auffiel. Patient starb an Phthisis und die Section gestattete die genaue Untersuchung des Larynx. Dr. P. K.

Acuter, mit Dyspnoe verbundener Larynxcatarrh beim Erwachsenen. (Catarrhe laryngé aigu avec dyspnée in heure chez l'adulte.) Von Dr. Havillaud Hall. (Société de médecine de Londres, 18. Novbr. und Semaine médicale No. 49.)

Eine 56jährige Frau hatte Fieber, Dyspnoe, Cyanose, Dysphagie; trockene, rothe Stimmbänder, Oedem der Epiglottis und aryepiglottischen Falten. Cocain, Scarificationen, Eis, Bromkalium; Vorbereitungen zur Tracheotomie. Am anderen Tage Besserung, Heilung langsam fortschreitend wegen Lungenerscheinungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Vergleichender Werth der Tracheotomie und der Intubation bei Larynxstenosen. (Sur la valeur comparée de la trachéotomie et de l'intubation dans les stenoses du larynx.) Von Dr. Egidi. (Réunion de la Société italienne de chirurgie und Revue de laryngologie No. 16.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Intubation ist ein sehr wichtiges Mittel, um die croupöse Laryngostenose zu beseitigen; 2) sie kann nicht immer anstatt der Tracheotomie gebraucht werden, denn letztere hat immer die bessere Statistik der Heilungen für sich; 3) Intubation genügt in einigen leichten Fällen; man kann sie vor der Tracheotomie versuchen, besonders wenn die Eltern letztere nicht gestatten; 4) die Intubation ersetzt mit Erfolg die Tracheotomie in vielen Fällen von acuten und chronischen Larynxleiden der Erwachsenen; in diesen Fällen ist sie leicht ausführbar. Dr. P. K.

Plötzlicher Tod bei schweren Larynxerkrankungen. (La mort subite dans les maladies graves du larynx.) Von Dr. Ricardo Botey. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 17.)

1) Lähmung des linken Stimmbandes durch ein Aortenaneurysma. Plötzlicher Tod durch spontane Ruptur des Aneurysma in den Oesophagus. 2) Intralaryngealer Krebs. Plötzlicher Tod einige Stunden nach einem Versuch, ein Stück des Tumors auf endolaryngealem Wege zu entfernen. 3) Tuberculöses Geschwür an der Unterlippe, an dem linken Zungenrande, der rechten Wangenschleimhaut, der Zungenbasis, des ganzen Pharynx und des Larynx. Tuberculose beider Lungen, erste Periode. Plötzlicher unerwarteter Tod. 4) Larynxcarcinom; auffallend frühzeitiges Ergriffensein der beiderseitigen Halsdrüsen. Wahrscheinliches Ergriffensein der den Larynx und die Trachea umgebenden Lymphdrüsen. Plötzlicher Tod ohne Dyspnoe und ohne Larynxstenose. Section.

Mit Ausnahme des ersten Falles war der plötzliche Tod nicht zu erklären; diese Fälle sind nicht so selten, als allgemein angenommen wird, wie die vom Verf. citirten Beispiele beweisen; oft findet man bei der Section die Todesursache nicht. Angesichts dieser Thatsachen soll man so früh als möglich die symptomatische Tracheotomie machen, die Kranken nicht zu sich kommen lassen, sondern selbe in ihrer Wohnung besuchen, die Familie von der Gefahr in Kenntniss setzen und sich grober chirurgischer endolaryngealer Eingriffe enthalten. Diese Fälle, wo die Section sogar keine Todesursache ergiebt und vor dem lethalen Ende gar keine Erstickungserscheinungen vorhanden waren, sind schwer zu erklären; die erschwerte Sauerstoffzuführung zum Blute, bedingt durch die lange fortgesetzte Respirationsarmuth, verändert die Centren der Athmung und der Circulation so, dass selbe bei dem geringsten Spasmus glottidis gelähmt werden (?); die fast immer mitergriffenen, den Recurrens umgebenden Lymphgefässe und Lymphdrüsen drücken und verändern denselben plötzlich (?); letztere sind beim Lebenden, selbst, wenn sie inficirt sind, schwer zu fühlen und entgehen der klinischen Beobachtung; ein leichter Spasmus genügt dann, um die Paralyse der Centren und mithin den Tod herbeizuführen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. (Clinical lectures on stricture of the oesophagus with fourteen illustrative cases in four of which gastrotomy was successfully performed.) Von Dr. David Newmann (Glasgow). (Lancet, 2. u. 9. Januar 1892.)

Die Schwierigkeit in der Diagnose ist vorhanden in Fällen von Aneurysma der Aorta, mediastinalen Tumoren, vergrösserten Lymphdrüsen, Exostosis oder Krümmungen der Wirbelsäule, da diese auch durch Druck oder, indem sie Verdrehung der Speiseröhre bewirken und so erhebliche Beschwerden beim Schlucken machen können. Verf. unterscheidet vier Arten von Stricturen: die durch maligne Neubildung, durch gutartige Tumoren, die organische und die spasmodische. Unter 510 Fällen waren 40 pCt. zwischen 45 und 55 Jahre alt, und nur 10 pCt. Frauen. Langdauernde Reizungen an den engeren Stellen durch das Schlucken grösserer Brocken sind ätiologisch wichtig. Deshalb finden sich die Carcinome auch besonders dicht unter dem Kehlkopf, wo die Speiseröhre eine engere ist, und an der Kreuzungsstelle mit der Aorta hinter der Bifurcation der Trachea und beim Durchtritt durch das Zwerchfell. Harte Carcinome, Scirrhus kann sehr lange bestehen, ohne das Leben zu gefährden. Weiche haben einen acuten Verlauf. Colloide sind sehr selten.

Bei den in der Höhe der Bifurcation sitzenden Carcinomen tritt die Schluckbehinderung langsam ein. Sein Fall 5 starb unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Section zeigte, dass das Carcinom in die Aorta perforirt hatte, und dass eine Blutung in den Magen und den Darm stattgefunden hatte. Bei den an dieser Stelle gelegenen Verengerungen muss man mit dem Sondiren besonders vorsichtig sein, wegen der Nachbarschaft der Aorta. Verf. legt einen grossen Werth auf die Lähmung des Recurrens, welche sehr für Aneurysma spräche. Nach ihm sind 19 von 20 Fällen von Lähmung des Nerven durch Aneurysma bedingt! Deshalb soll man zweifelhafte Fälle als Aneurysma behandeln. Das Hungergefühl verliert sich bei den Kranken nach und nach. Schmerz beim Schlucken findet sich nur bei den hoch oben gelegenen. Er empfiehlt, beim Sondiren mit den dicksten Nummern von Bougies zu beginnen. Dr. M. Schm.

Bösartige Verengerung der Speiseröhre, Gastrotomie, Tod durch Durchbruch in die Aorta. (Malignant stricture of the oesophagus, gastrotomy, death from perforation of the aorta.) Von Mansell Moullin, London. (Lanc., 10. Oct. 1891.)

Eigenthümlich war in dem Falle, dass der Kranke Anfälle hatte, in welchen er Nichts schlucken konnte, und die tagelang dauerten, danach vergingen, ohne eine merkbare Behinderung im Schlucken zu hinterlassen. Schliesslich kam es doch zur Gastrotomie, nach welcher sich der Kranke 8 Monate ganz wohl befand. Das so lästige Austreten des Magensaftes wurde durch einen Verband, der mit Solutio natri bicarbonici getränkt war, fast verhindert. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Mittheilung.

Die Unterzeichneten haben sich zur Gründung einer

Otologischen Gesellschaft

vereinigt und laden die Ohrenärzte Deutschlands, Oesterreich-Ungarns und der deutschen Schweiz ergebenst ein, an der Ostern dieses Jahres zu Frankfurt a. M. zusammentretenden constituirenden Versammlung Theil zu nehmen.

Die Sitzungen finden im Hörsaal des physicalischen Vereins, Stiftstrasse 32, von 9 — 1 Uhr statt, und wird die erste am 17. April dem geschäftlichen, die zweite am 18. April dem wissenschaftlichen Theile der Verhandlungen gewidmet sein.

Am 16. April, Abends 8½ Uhr, gesellige Vereinigung im Restaurant „Kaiserhof", Göthe-Platz 5.

Sowohl Theilnahme an der Versammlung, wie Vorträge und Demonstrationen bitten wir dem mitunterzeichneten Prof. Lucae (Berlin W., Lützowplatz 9) möglichst bald, nach dem 1. April bei dem Local-Comité in Frankfurt a. M. (Dr. Oscar Wolf und Dr. Otto Körner) anzumelden.

Bürkner-Göttingen. Kessel-Jena. Kuhn-Strassburg.
Lucae-Berlin. Moos-Heidelberg. Walb-Bonn.

INHALT.

I. Originalien: Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori. — Kayser: Zur Technik der Knochenleitungsprüfung. — Koehler: Furunculotom für den äusseren Gehörgang. — Cholewa: Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Rupp: Ueber Syphilis des äusseren Ohres. — Rohrer: Erkrankung des Ohres bei Influenza. — Corradi: Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. — Ball: Das Catheterisiren der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. — Katz: Ein Auscultationsschlauchhalter. — Grueningen: Zur Warzenfortsatzoperation. — Haug: Ein Fall von Sarcom der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. — Botey: Schwindel und Ohrenpfröpfe. — Stacke: Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. — Rohrer: Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. — b) Rhinologische: Ruault: 3 Fälle von Rhinolithiasis. — Zarniko: Aspergillusmycose der Kieferhöhle. — Trolard: Ueber den Centralapparat des Geruchsinnes. — Bumie: Fibromyxoma of the nasopharynx. — Lewy: Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Crystalle in Nasentumoren. — c) Pharyngo-laryngologische: Péan: Totale Resection aller Gesichtsknochen. — Henrot: Rundes Pharynxgeschwür. — Verdos: Fall von allgemeinem Emphysem, durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. — Cardarelli: Eine von Reizung des Halsvagus abhängige Art von Schwindel. — Teissier: Beitrag zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. — Heward: Ueber Dyspnoe bei Morbus Brightii. — Linnossier und Roux: Ueber die Morphologie und die Biologie des Soorpilzes. — Bock: Zwei seltene Zungenleiden. — Die „schwarze Zunge", ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1845. — Fournier: Zungenaffectionen bei Syphilis. — Turner: Halbseitige Zungenatrophie. — Ruault: Ueber Mandelentzündung und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. — Natier: Chronischer Abscess der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend. — Goodhart: Lupus der Wange, des Gaumensegels, des harten Gaumens und der Mandeln. — Browne: Speichelstein. Operation. — Turner: Tumor der Thyroidea, anscheinend bösartig. — Masucci: Zwei Fälle von Lähmung des Musculus cricothyreoideus. — Heryng: Ein Beitrag zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. — Desvernine: Laryngotrachealfractur. — Hall: Acuter, mit Dyspnoe verbundener Larynxcatarrh beim Erwachsenen. — Egidi: Vergleichender Werth der Tracheotomie und der Intubation bei Larynxstenosen. — Botey: Plötzlicher Tod bei schweren Larynxerkrankungen. — Newmann: Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre. — Moullin: Bösartige Verengerung der Speiseröhre, Gastrotomie. Tod durch Durchbruch in die Aorta. — Mittheilung, betr. Gründung einer otolog. Gesellschaft.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität **München**	o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, April 1892.** **No. 4.**

I. Originalien.

Zur Frage der Regeneration der Substantia propria in Trommelfell-Narben.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

em. Assistenten an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

Die Vorgänge bei der Verheilung von Trommelfelldefecten sind schon mehrfach zum Gegenstande sorgfältiger Untersuchungen gemacht worden, grösstentheils unter Beobachtungen am Lebenden, zum geringeren Theile mit Zuhilfenahme des Thierexperimentes, welches Gruber an Fröschen und Rumler[1]) an Kaninchen anstellte.

Bekanntlich ist die Regenerationskraft des Trommelfelles eine sehr bedeutende, so dass nicht nur kleine Lücken, wie wir sie nach der Paracentese, nach eitrigen Entzündungen sehen, rasch und spurlos ausheilen, sondern auch grössere Defecte, Destructionen, die nur einen ganz schmalen Saum an der Peripherie übrig liessen, sich durch Vernarbung schliessen können; ja wir haben bisher noch kein Mittel, keine Methode gefunden, um die Narbenbildung dort, wo wir sie nicht haben wollen, mit Sicherheit hintanzuhalten.

[1]) Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXX, Heft 11.

Digitized by Google

Eine Meinungsdifferenz der verschiedenen Autoren besteht nur bezüglich der Frage, ob bei der Narbenbildung nach Risswunden des Trommelfelles zuerst die Cutis- oder Schleimhautschichte den Defect schliesse. Politzer, der diesen Vorgängen am frühesten seine Aufmerksamkeit schenkte, fand[2]), dass sich zuerst von der Schleimhautschichte eine Membran vor die Lücke schiebe, ein gelbes Häutchen, von dem sich die Ränder der vorliegenden Epidermisschichte deutlich abheben. Zaufal[3]) gewann dagegen den Eindruck, dass zuerst die Epidermisschichte ins Wuchern gerathe, und dieser Anschauung ist in letzter Zeit auf Grund seiner Experimente am Kaninchentrommelfell Rumler[4]) beigetreten. Bei den Rupturen sah Politzer „seltener" die Vernarbung eintreten durch Auswachsen sämmtlicher Schichten des Trommelfelles, und Rumler, der am Kaninchentrommelfell auch Narben mikroskopisch untersuchte, die nach traumatischen Eingriffen entstanden waren, fand, dass die Substantia propria, wenn überhaupt, an der Heilung nur in sehr geringem Maasse betheiligt sei.

Uebereinstimmend geben aber Gruber[5]), Politzer[6]), Schwartze[7]) und Zaufal[8]) das Urtheil ab, dass eine Regeneration der Substantia propria in Narben, welche nach eitriger Entzündung der Paukenhöhle entstehen, nicht vorkomme.

Für die Narben, welche nach Riss- und Stichwunden des Trommelfelles sich bilden, ist demnach die Möglichkeit einer Regeneration der Substantia propria zugegeben, für die nach eitrigen Entzündungen entstandenen nicht.

Der Zufall hat mir nun ein pathologisches Gehörorgan in die Hände gespielt, nach dessen mikroskopischer Untersuchung ich mich dahin aussprechen muss, dass die Regeneration der Substantia propria denn doch, und dazu in sehr ausgeprägter Weise, auch in solchen Narben vorkommen kann, welche die nach eitriger Entzündung entstandenen Trommelfelldefecte decken.

Das Schläfebein (es ist das linke), welches ich der Güte des Herrn Professor Weichselbaum verdanke, entstammt einem im Rudolphspitale in Wien verstorbenen Erwachsenen. Der Gehörgang war durch einen Cerumenpfropf verlegt, der, den ganzen knöchernen Theil erfüllend, bis zum Trommelfell reichte, dessen Abdruck an der inneren Fläche des Pfropfes zu bemerken war. Das Trommelfell resp. die dasselbe ersetzende Membran hatte den normalen Umfang, war aber weisslich getrübt, verdickt und liess keine Spur mehr vom Hammergriff und kurzen Fortsatz sehen; nach dem Ausschneiden der Membran längs des Annulus zeigte es sich, dass vom Hammer der Griff mit dem Halse fehlten; der Hammerkopf war noch erhalten, jedoch, wie nach Entfernung des Tegmen

---

[2]) Wiener med. Wochenschrift 1872: Ueber traumatische Trommelfellrupturen.

[3]) Archiv f. Ohrenheilkunde VII, VIII: Casuistische Beiträge z. d. traumatischen Verletzungen des Trommelfelles.

[4]) L. c.

[5]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde II. Aufl., pag. 332.

[6]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde II. Aufl., Seite 289.

[7]) Lehrbuch der chir. Krankheiten des Ohres, pag. 188.

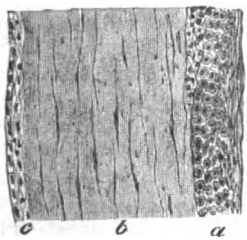
[8]) Archiv für Ohrenheilkunde Bd. VII, S. 200.

Digitized by Google

tympani sichtbar wurde, in Ankylose mit dem Amboss, dessen langer Schenkel normaliter mit dem Stapes articulirte; letzterer war unbeweglich in der Fenestra ovalis fixirt, der Ueberzug des Promontoriums zeigte sich sehnig verdickt. Nachdem hier eine Missbildung nicht vorliegen kann, ist es wohl berechtigt, eine vorhergegangene eitrige Entzündung anzunehmen, welche zu ausgedehnter Zerstörung des Trommelfelles mit dem Hammergriffe und zur Fixirung des Steigbügels führte. Durch Vernarbung musste die Membran entstanden sein, welche sich bei der Section an Stelle des Trommelfelles vorfand.

Es wurden nun von der Trommelfellnarbe Radiärschnitte gefertigt, welche folgendes Bild zeigten: Während der Dickendurchmesser eines normalen Trommelfelles an der stärksten Stelle der Pars tensa, entsprechend dem Wulste der Circulärfasern an der Peripherie, ca. 0,13 Mm. beträgt (wobei von der Verdickung an der Stria malleolaris abgesehen ist), misst der der vorliegenden Narbe an analogen Stellen 0,4 Mm., wovon auf die Substantia propria allein 0,3 Mm. entfallen. Die Epidermisschichte ist unwesentlich verdickt und lässt nur wenige Lagen Malpighi'scher Zellen unterscheiden. An der Substantia propria erscheinen die Fasern wesentlich verbreitert; während am normalen Trommelfelle ihre Breite bis 0,01 Mm. beträgt, finden sich in dieser Narbe Fasern von 0,05 Mm. Breite.

Dabei sind ausschliesslich die Radiärfasern regenerirt, während von den Circulärfasern auch an der Peripherie keine Spur zu finden ist. Das Bindegewebe zwischen den Fasern ist nicht verändert, dagegen sind mehr Kerne, als gewöhnlich, zu sehen.



Radiärschnitt durch die Narbe.
Reich. Obj. 8, Ocul. 3.
a) Epidermisschichte.
b) Radiärfasern der Substantia propria.
c) Schleimhautschichte.

Wenngleich die nebenstehende Abbildung[9]) jeden Zweifel über das Recht, diese Fasern als der Propria angehörig anzusprechen, benehmen muss, will ich doch noch erwähnen, dass es sich bei den Verdickungen am Trommelfelle, wie sie nach chronischen Entzündungen beobachtet werden, hauptsächlich um Bindegewebsneubildungen handelt; in einem meiner diesbezüglichen Präparate präsentirt sich dieselbe an Radiärschnitten als eine, die ganze Dicke der Propria einnehmende Lage ungemein fein fibrillären, welligen Bindegewebes.

Es ist demnach nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Substantia propria-Fasern in Narben regeneriren können; es frägt sich nur, ob ihre Wiederbildung in Lücken der intermediären Zone undenkbar und blos bei Totalperforationen möglich ist? Daran kann ich jetzt um so weniger glauben, wenn ich bedenke, wie viele, wenn auch kleine Perforationen nach eitrigen Entzündungen ausheilen können, ohne auch nur eine Spur am Trommelfell zu hinterlassen; anzunehmen, dass es Bindegewebe und nicht Propria ist, was sich an Stelle des Defectes zwischen

[9]) Die feine Strichelung und Punktirung innerhalb der Radiärfasern ist vom Holzschneider nur behufs Wiedergabe des matten Tones vorgenommen. Am Präparate sind dieselben von homogener Structur.

Digitized by Google

Epidermis- und Schleimhaut-Lage neugebildet hat, erscheint mir um so weniger berechtigt, als ja die Vernarbung der Trommelfelllücken gar nicht häufig durch Granulationsbildung eingeleitet wird und die Vorgänge bei der Mehrzahl der Fälle noch am ehesten mit denen bei der prima intentio der Schnittwunden verglichen werden können. Dass bei einem totalen Defecte des Trommelfelles, und ein solcher lag in meinem Falle vor, Propriafasern auswachsen, ist jedenfalls auf eine Betheiligung des Ringwulstes zurückzuführen, von dem wir wissen, dass er die Matrix der Radiärfasern abgiebt. Das Auswachsen derselben dürfte an der Peripherie wohl lebhafter stattfinden, als in centralen Bezirken, welche, da sie weniger blutreich sind, auf entzündliche Reize auch weniger intensiv reagiren. Bei den totalen Perforationen fällt noch ein hinderndes Moment weg, auf welches Gruber aufmerksam machte: der Zug des Tensor tympani, der bei Defecten des Trommelfelles, besonders wenn sie central oder in der Gegend des Lichtkegels sitzen, das Trommelfell mit dem Hammer stärker nach einwärts zieht; durch die so entstehenden ungünstigeren Ernährungsverhältnisse in der abnorm gespannten Membran werden die Chancen der Regeneration jedenfalls geringer.

Es erübrigt mir nur noch, eine Darstellung des Spiegelbefundes bei den totalen Narben des Trommelfells zu geben, um so eher, als solche zu den seltener vorkommenden Bildungen gehören. Bei ca. 20000 Ohrkranken, welche ich während meiner Spitalsdienstzeit beobachten konnte, sah ich solche Narben sicher nicht öfter, als 20 Mal, während die intermediären Narben bekanntlich ungleich häufiger beobachtet werden (unter 15549 Kranken der Klinik Gruber in den Jahren 1886—89 habe ich sie 469 Mal als Hauptleiden notirt)[10]).

Die meisten Patienten mit totalen Trommelfellnarben datirten die Entstehung des Leidens auf Processe zurück, die in der Kindheit sich abgespielt hatten, oder konnten gar keine Auskunft über den ursächlichen Process geben.

Das auffallendste Merkmal dieser totalen Narben liegt in dem Vorhandensein einer an Lage, Grösse und Farbe, weniger an Wölbung, mit dem Trommelfell correspondirenden Membran, an welcher jedoch kein kurzer Fortsatz, kein Hammergriff zu sehen ist. Die Farbe ist blaugrau, bei grösserer Dicke bläulich weiss, manchmal lässt ein röthlicher Ton bei erhaltenem Oberflächenglanze erkennen, dass die Paukenhöhle Sitz catarrhalischer Processe ist, oder es findet sich die Aussenfläche entzündet, was am häufigsten der Fall ist. Ich habe beobachtet, dass diese neugebildeten Membranen besonders leicht zu Dermatitiden disponirt sind, wobei sich grosse cholesteatomatöse Pfröpfe bilden. Zumeist kommen uns auch solche Kranke wegen mehr acut aufgetretener Beschwerden, da die seit Kindheit bestehende Schwerhörigkeit sie nur selten beunruhigt, oder wegen acuter Leiden am anderen Ohre zur Beobachtung. Die Hörweite war in allen Fällen, die ich sah, sehr herabgesetzt.

Die totalen Trommelfellnarben sind manchmal mit der inneren Trommelhöhlenwand verlöthet, öfter vollständig frei und bei abwechselnder Luftverdünnung und Luftverdichtung im äusseren Gehörgange beweglich.

---

[10]) Vergl. die Berichte des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien 1886—1889.

Digitized by Google

Bei der Luftdouche konnte ich in letzterem Falle immer Ausbauchungs- und Einströmungsgeräusche hören, die sich kaum von den normalen unterschieden.

Die Wölbung der totalen Narben ist selten trichter-, sondern zumeist kuppelförmig.

Sowohl beim Siegle'sche Versuche, als auch bei der Sondirung konnte ich mich in vivo von der Festigkeit dieser Membranen überzeugen.

Nicht selten ist der Durchmesser derselben geringer, als der des normalen Trommelfelles; sicher ist aber dann auch eine Verengerung des knöchernen Gehörganglumens vorhanden, Veränderungen, welche auf Entzündungsprocesse zurückzuführen sind, die wohl von besonderer Heftigkeit waren. Es sind eben die Otitiden, welche zur Destruction und zu Zerstörungen am Hammer führten, die schwersten, meist nach Scarlatina, Diphtherie etc. entstanden, in deren Verlaufe Periosterkrankungen des äusseren Gehörganges theils Hyperostosen, theils knöcherne Stenosen bis zur Atresie verursachen.

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

(Fortsetzung.)

B. Symptome.

Früher, d. h. vor den aufklärenden Arbeiten Zuckerkandl's und Ziem's wurde die Diagnose des Empyema Antri Highmori nur auf Grund folgender Erscheinungen gestellt:

1) Auftreibung des betreffenden Oberkiefers, Dünnerwerden der Wandung des Antrum Highmori und das Gefühl des Pergamentknitterns beim Betasten derselben.

2) Einseitiger foetider Ausfluss aus der Nase.

3) Infraorbitaler Schmerz, welcher nach verschiedenen Richtungen hin ausstrahlt.

Dieses waren die Symptome des „klassischen Empyems".

Ziem war, wie schon Eingangs erwähnt, neben Zuckerkandl der Erste, welcher seine Fachgenossen darauf aufmerksam machte, dass bei dieser Affection Schwellung und Auftreibung der Antrumgegend gewöhnlich fehlen, dass aber andererseits eine Reihe weiterer Symptome dabei zu finden sei, welche wir im Folgenden besprechen wollen.

I. Subjective Symptome.

Als subjective Symptome geben Krieg, Krause, Chiari u. A. **Schmerzen in der Wangengegend** oder auch **Stirnkopfschmerz** an, in einigen Fällen sogar typische Supraorbitalneuralgie. Wir konnten diese Schmerzen ziemlich häufig constatiren, nämlich bei No. 1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, also ungefähr in $^3/_5$ der von uns behandelten Fälle. Ziem dagegen fand diese Symptome

Digitized by Google

nur 2 Mal unter 20 Fällen und Luc unter 11 Fällen nur 3 Mal. Der von einigen Autoren als seltenes Symptom erwähnte Schwindel war bei nahezu einem Drittel unserer Fälle, also ziemlich häufig vorhanden, nämlich bei No. 3, 4, 5, 14, 16, 21, 25, 26, 28. Hustenanfälle, welche jeder Therapie trotzten, wurden von Kuhn, Jeanty u. A. beobachtet; dieselben wichen beim Ausspülen des Antrum, ohne dass gegen sie direct therapeutisch vorgegangen worden wäre.

II. Objective Symptome.

Der ungewöhnlich starke und gewöhnlich einseitig auftretende Nasenausfluss, welcher meistens die Patienten zum Arzte führt, ist nach Ziem gerade eines der wichtigsten Symptome, und wir können nicht umhin, soweit unsere Erfahrungen reichen, demselben völlig beizustimmen.

Von mehreren unserer an acutem Empyem Erkrankten wurde spontan angegeben, dass im Beginne der Affection Nachts der Eiter aus der Nase sogar in grösserer Menge auf das Kopfkissen geflossen sei. An dieser Stelle wäre auch noch darauf hinzuweisen, dass in manchen Fällen der Ausfluss nicht immer gleich stark ist, sondern dass derselbe zu Zeiten geringer, zu anderen Zeiten reichlicher sich zeigt und periodenweise gänzlich fehlen kann. Es hat dieses wohl seinen Grund mit darin, dass sich manchmal die natürliche Ausflussöffnung theilweise verstopft. Totaler und permanenter Verschluss des Ostium maxillare dagegen ist gewiss eine grosse Seltenheit (vgl. Fall No. 13 unserer Tabelle). Bei denjenigen Fällen, bei welchen die Secretion nie sistirt, tritt nach allen neueren Beobachtungen keine Schwellung des Oberkiefers ein, eine solche fand sich nur in einem einzigen unserer nicht mit Carcinom complicirten Fälle (No. 12), und auch hier nur ganz leicht angedeutet in der Gegend der Fossa canina. Dieser Ausfluss ist ganz geruchlos, Bayer glaubt diesen Geruch am besten mit demjenigen der Häringslake vergleichen zu können, und in der That haben auch wir bei einigen unserer Fälle ähnliche Beobachtungen gemacht. Den intensivsten Foetor fand Siebenmann beim acuten Empyem dentalen Ursprungs. In anderen Fällen war der Foetor durchaus nicht auffallend, sondern der Geruch musste eher als ein fader bezeichnet werden.

Wollen wir zuverlässigen Aufschluss über die nähere Herkunft des Secretes haben, so müssen wir die Rhinoscopie zu Hilfe nehmen. B. Fraenkel (Berliner klin. Wochenschr. No. 16, 1887) macht auf den Umstand aufmerksam, dass man das eitrige Secret der Highmorshöhle aus der Gegend des Hiatus semilunaris, also unter dem Vorderende der mittleren Muschel hervorquellen sehe, und dass nach dem Wegwischen desselben der Eiter beim Vorwärtsneigen des Kopfes in kurzer Zeit an nämlicher Stelle wieder erscheine.

Nach unseren Erfahrungen möchten wir die Behauptung von Fraenkel und Chiari, dass das Hervorquellen von Eiter unter dem Vorderende der mittleren Muschel nur bei einer bestimmten Kopfhaltung pathognomonische Bedeutung habe, nicht unterstützen.

Der abfliessende Eiter zeigt oft einen pulsirenden Lichtreflex. Walb hat zuerst aufmerksam gemacht auf diese eigenthümliche Erscheinung, welche wir indessen nur selten antrafen.

Der Lateralwulst, welcher von Kaufmann so häufig gefunden und

Digitized by Google

welcher von ihm als pathognomonisches Symptom erklärt wurde, ist von uns nur bei No. 13, 16, 22 und 28 = 14 pCt. constatirt worden. Fall 28 betrifft ein doppelseitiges Empyem, der Lateralwulst war aber nur linkerseits zu sehen.

Durch den ausfliessenden Eiter wird die Nasenschleimhaut einer fortwährenden Reizung ausgesetzt; daher erklärt sich ihre Hyperämie und Schwellung. Auf erwähnten Umstand ist auch weiterhin zurückzuführen die Bildung von Hypertrophien und eigentlichen Polypen am Vorderende der mittleren Muschel, wie wir sie in der Hälfte unserer Fälle sehr ausgesprochen fanden (No. 1, 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28 = 50 pCt.).

Seite der Erkrankung: Was die Seite der Erkrankung anbetrifft, so war in unseren Fällen die linke Seite 14 Mal, die rechte Seite 13 Mal erkrankt. Doppelseitige Empyeme hatten wir 2 zu behandeln.

Der Befund Heryng's, welcher über 7 Fälle von rechtsseitigem und nur 2 Fälle von linksseitigem Empyem berichtet, ist offenbar ein zufälliger, jedenfalls wäre in dieser Hinsicht noch eine Reihe weiterer Beobachtungen zu sammeln

Das **doppelseitige Empyem** kommt nicht allzu häufig vor, obwohl namentlich in letzter Zeit über mehrfache Fälle dieser Art berichtet wird. So beobachtete Ewald ein doppelseitiges Empyem bei Influenza (vergl. Aetiologie). Jeanty sah unter 24 Erkrankungen der Highmorshöhle 4 doppelseitige, Michelson die gleiche Anzahl. Wir sahen, wie schon oben erwähnt, unter unseren 29 Fällen 2 doppelseitige.

Dauer des Processes: Das Empyem der Highmorshöhle hat, wie dasjenige der Keilbeinhöhle, eine ganz besondere Neigung, chronisch zu werden. Dieselbe erklärt sich schon zur Genüge aus den anatomischen Verhältnissen, indem diese beiden Nebenhöhlen der Nase dem angesammelten Secrete auch die ungünstigsten Abflussbedingungen bieten (Zuckerkandl) und Zersetzungen des Eiters in hohem Grade begünstigen.

Wir sind in der Lage, über einen Fall berichten zu können, welcher mindestens schon 20 Jahre gedauert hatte, No. 10; Fall 2 dauerte 11 Jahre, Fall 5 und Fall 15 schon 10 Jahre; Fall 20 7 Jahre.

Die Beobachtungen anderer Autoren stimmen mit den unseren vollständig überein: So Firwe, welcher ein Empyem zu behandeln hatte, das schon 16 Jahre bestanden hatte. Jeanty behandelte Empyeme von 20jähriger, 12- und 10jähr. Dauer. Schmiegelow sah unter 17 Fällen 7, welche länger als 5 Jahre dauerten.

Complicationen: Eine sehr häufige, das Empyema Antri Highmori complicirende Krankheitserscheinung ist, wie wir schon früher anzudeuten Gelegenheit hatten, das Auftreten von Hypertrophien und von wirklichen Schleimpolypen der Nasenschleimhaut, speciell am Vorderende der mittleren Muschel.

Eine weitere Complication ist nach Krieg, Killian und Hartmann das Uebergreifen des Empyems auf den Sinus frontalis. In unseren Fällen fanden wir ein solches Zusammentreffen kein einziges Mal, vielmehr sahen wir, dass bei Behandlung der Oberkieferhöhleneiterung überhaupt jede Eiterung aus der Nase nach der Injection wenigstens eine Zeit lang sistirte, eine Complication mit Empyem anderer Nebenhöhlen der Nase also auszuschliessen war.

Digitized by Google

Zu erwähnen sind auch die Augenaffectionen, welche nach den Angaben der Autoren häufig das Empyema Antri Highmori compliciren, und auf welche Ziem ebenfalls besonders hinweist: so die chronische und acute Conjunctivitis mit ihren Folgeerscheinungen, weiterhin Iritis, Panophthalmitis, Circulationsstörungen im Inneren des Auges, mit Einschränkung des Gesichtsfeldes einhergehend. Krieg und Ziem beobachteten Abscess des Augenlides nach Empyem. Krieg und Hartmann sahen Orbitalabscesse. Bei unseren 29 Kranken mit gutartigem Empyem war bei keinem einzigen eine Complication von Seiten der Augen zu constatiren, wohl aber von Seiten der Ohren, so bei No. 4 und 26; der letztere Kranke litt an einer acuten Mittelohreiterung, welche zugleich mit dem Empyem des Antrum Highmori aufgetreten war.

Von den Empyemen unserer Beobachtungsreihe war $^1/_4$ von Anfang an mit Allgemeinerkrankungen complicirt; so mit Influenza 5, nämlich No. 16, 17, 22, 25, 28; 2 Empyeme wurden durch intercurrente Influenza bedeutend verschlimmert. Bei No. 21 trat das Empyem mit einer Pneumonie auf, bei No. 26 mit Bronchitis acuta. Sodann zeigten auch die Sectionsprotocolle von Dr. Siebenmann auf das Evidenteste das Vorkommen der Eiterung der Keilbein- und der Highmorshöhle bei Influenza und bei Typhus (vergl. oben).

Was nun dies Verhältniss der Allgemeinerkrankung zum Empyem betrifft, so haben wir uns schon im Capitel der Aetiologie darüber ausgesprochen. An dieser Stelle wäre nur nochmals darauf hinzuweisen, dass die erwähnten Infectionskrankheiten wohl kaum als Complication, sondern vielmehr als die directe Ursache des Empyems der Nebenhöhlen der Nase anzusehen sind. Auf einfache Weise erklären sich dann auch die obengenannten Complicationen, wie Otitis media purulenta (Siebenmann), Meningitis purulenta (Ewald) etc., insofern, als dieselben auf der nämlichen Ursache — einer infectiösen Allgemeinerkrankung — basiren.

C. Therapie und Ausgang.

Ein einheitliches Verfahren, das in allen Fällen von Empyema Antri Highmori zur Heilung führt, ist zur Zeit noch nicht gefunden. Es kommt dies wohl daher, dass wir unter dem gemeinsamen Namen „Empyem der Highmorshöhle" eine Reihe von Eiterungsprocessen zusammenfassen, welche, wie wir gesehen haben, sowohl was Aetiologie, als auch was die pathologisch-anatomischen Verhältnisse anbetrifft, nicht übereinstimmen.

Die Therapie des Empyems der Highmorshöhle unterscheidet sich in nichts von der Behandlung der Eiterungen starrwandiger Höhlen überhaupt. Wie wir z. B. die Pleurahöhle bei eitriger Pleuritis an möglichst tiefer Stelle punctiren, in ganz schweren Fällen auch Rippenresectionen damit verbinden und tamponiren, so geht unser Bestreben in der Behandlung des Empyema Antri Highmori darauf aus, dem Eiter an möglichst tiefer Stelle durch Anlegen einer künstlichen Oeffnung Abfluss zu verschaffen und zugleich Ausspülungen von dort aus vorzunehmen, welche die eiternde Höhle desinficiren und die Schleimhaut in den normalen Zustand zurückzuführen im Stande sind. Es ist diese Anbohrung an möglichst tiefer Stelle auch dann angezeigt, wenn der Ausfluss durch

Digitized by Google

das Ostium maxillare ein durchaus ungehinderter ist. Denn wie wir schon früher beiläufig bemerkt haben, sind die Abflussbedingungen für den im Antrum eingeschlossenen Eiter aussergewöhnlich ungünstige insofern, als die natürliche Abflussöffnung sich nahe dem höchstgelegenen Punkte derselben befindet. Die Stagnation und die Zersetzung des Secretes, welche die natürliche Folge davon ist, wird häufig nicht aufhören, bis an tiefster Stelle eine Gegenöffnung angebracht ist.

Die Praedilectionsstelle für die Anbohrung ist je nach dem Autor eine verschiedene. In Betracht kommt hauptsächlich der Alveolarfortsatz (Cooper); die Fossa canina (Desault, Schech, Küster); der untere Nasengang (Mikulicz); der Hiatus semilunaris (Jourdain, Zuckerkandl, Bayer).

Auf unserer Klinik wird bis dahin immer zunächst das Verfahren von Krause und Schmidt angewendet. Dieses lehnt sich an die Operationsmethode von Cooper an und besteht darin, dass nach Eröffnung des Antrum vom Alveolarfortsatz aus jeweilen zunächst mit gesättigter wässriger Borsäurelösung ausgespritzt, dann Jodoform insufflirt wird.

Von anderen desinficirenden Arzneimitteln, welche bei diesem Verfahren in Betracht kommen, ist als Spülflüssigkeit 4procentiges Borwasser, weil zugleich ungiftig und nicht reizend, am zweckmässigsten. Von anderen Mitteln sind zu nennen: Argentum nitricum, Zincum sulfur., Zincum chloratum, Cuprum sulfuricum, Alumen aceticum, Thymol, Lysol, Sublimat; ohne dass aber damit, soweit unsere Erfahrungen reichen, bessere Erfolge erzielt worden wären. Im Gegentheil zeigte sich, dass da, wo Borsäure wirkungslos blieb, auch die übrigen genannten Antiseptica uns gewöhnlich im Stiche liessen. Doch ist zu bemerken, dass in einigen besonders hartnäckigen Fällen Lösungen von Argentum nitricum in kurzer Zeit auffallende Besserung, im Falle No. 5 sogar — wenigstens für längere Zeit — Sistirung der Secretion herbeiführten. Zur Insufflation benutzten wir meistens Jodoform, welches mit einem Kabierski'schen Pulverbläser eingeblasen wurde. Da jedoch auf Grund unserer Krankenbeobachtungen eine Idiosyncrasie gegen Jodoformapplication in diese Höhle nicht gar selten zu sein scheint (vergl. Fall No. 2, 10 und 14), so würde dasselbe durch Jodol, Bor, Salol, Dermatol etc. zu ersetzen sein. Durch Salol und Bor āā haben wir in einem Falle (vergl. No. 2), wo jahrelange, hartnäckige Eiterung bestanden hatte, schliesslich doch noch dauernde Heilung erzielt.

Bei der Behandlung eines chronischen hartnäckigen Empyems, welches durch Jodoforminsufflation nicht gebessert wurde (vergl. No. 28), erwiesen sich Ausspülungen von Spiritus vini concentratus ebenfalls erfolglos.

Die Eröffnung der Alveole geschah bei dem von uns geübten Krause'schen Verfahren stets mit dem von Siebenmann in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Band XXI angegebenen zweischneidigen Perforatorium, welcher im Handgriffe die Form eines Nagelbohrers besitzt, sehr handlich ist und rasch arbeitet. Um das vorzeitige Zuwachsen der Operationsöffnung zu verhindern und das Eindringen von Speiseresten durch dieselbe zu vermeiden, liessen wir nachträglich in einzelnen Fällen, so bei No. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18 unserer Tabelle, durch einen Zahn-

Digitized by Google

arzt einen nagelförmigen Obturator einlegen. Es ist dieses ein 2 Ctm. langer und 0,4 Ctm. dicker, in die Operationsöffnung passender, nagelförmiger Silber- oder Platinstift, dessen unteres Ende in eine dünne Metallplatte eingefügt ist. Letztere wird für jeden einzelnen Fall besonders gestanzt zwischen dem aus Zinn gefertigten Positiv und dem Negativ der betreffenden Stelle des Alveolarfortsatzes. Diese nagelförmigen Obturatoren schliessen und halten gut; auch ist der Patient bald im Stande, seinen Obturator selbst zu entfernen und wieder einzulegen, ohne sich dabei wesentliche Schmerzen zu verursachen, so dass er die Nachbehandlung selbst durchführen und zudem durch zeitweiliges Ansaugen des Secretes aus der Höhle die Heilung in Etwas unterstützen kann. Wir sind in der Lage, über einen solchen Fall berichten zu können, wo die Heilung vom Patienten selbst lediglich auf diese Weise herbeigeführt wurde (vergl. No. 12). Ausserdem hat der Obturator den Vortheil, dass er unter der Platte eines Gebisses getragen werden kann. Bei einigen Patienten unserer Poliklinik, die nicht in der Lage waren, sich einen Obturator anschaffen zu können — es ist eine Ausgabe von ungefähr 30 Franken —, sahen wir bis jetzt keine grossen Nachtheile davon, dass der Operationscanal während der Zeit der Behandlung offen gelassen wurde; denn der Procentsatz der auf diese Weise geheilten poliklinischen Patienten kommt annähernd derjenigen unserer mit Einlegen eines Obturators geheilten Privatpatienten gleich. Es scheint also, dass weder eine Reinfection von der Mundhöhle aus stattfand, noch Speisereste durch den engen Operationscanal in das Antrum gelangten. In diesen Canal drängen sich schon einige Tage nach der Operation die Weichtheile so hinein, dass derselbe dadurch verschlossen wird. Dieser Umstand hat aber gleichzeitig zur Folge, dass das jedesmalige Einlegen der Canüle durch die zuwachsende Operationsöffnung oft so schmerzhaft wird, dass eine Nachbehandlung durch den Patienten selbst in diesen Fällen zuweilen nicht möglich ist.

In letzter Zeit sind wir von der Verwendung eines Obturators bei acuten Fällen vollständig abgekommen, da bei der kurzen Dauer der Affection der Arzt die ganze Behandlung selbst übernehmen und die Canüle selbst einführen soll; in chronischen Fällen dagegen, wo die Behandlungsdauer sich über Monate und Jahre erstreckt, können wir ohne Obturator nicht auskommen. Vor dem Einlegen von Kautschukdrains, Wattetampons, Hartgummistiften etc ist zu warnen Es existiren in der Literatur Fälle — und auch uns sind solche bekannt —, wo ähnliche, als provisorische Obturatoren in den Operationscanal eingeführte Gegenstände mit oder ohne Wissen des Kranken in das Antrum gelangten und dort als Fremdkörper die Eiterung unterhielten, so dass in manchen dieser Fälle die etwas eingreifende Operation nach Küster später ausgeführt werden musste.

Unsere Behandlungsresultate sind in tabellarischer Uebersicht folgende:

Geheilt:	No. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 27; No. 12 (Spontanheilung?)	Summa: 19.
Gebessert:	No. 10, 13, 15, 20	„ 4.
Ungeheilt:	No. 4	„ 1.
Ausgeblieben:	No. 15, 20, 23, 25, 26	„ 5.
Noch in Behandlung:	No. 28 und 29	„ 2.

Digitized by Google

Um indessen diese Heilungsresultate richtig beurtheilen zu können, müssen wir unsere Fälle in acute und chronische eintheilen. Unter die acuten rechnen wir diejenigen Empyeme, deren Dauer einen Zeitraum von 3 Monaten nicht übersteigt.

I. Acutes Empyem: **5** Fälle (nämlich No. 1, 3, 19, 23, 24).
Davon wurden geheilt 4 Fälle (No. 1, 3, 19, 24).
Der weiteren Behandlung entzog sich 1 Fall (No. 23).
Die Heilungsdauer betrug bei No. 1: 4 Wochen.
bei „ 3: 3 „
bei „ 19: 4 „
bei „ 24: 1 „
Im Mittel betrug die Heilungsdauer also 3 Wochen.

Die Prognose des acuten Empyems ist demnach günstig zu stellen.

II. Chronisches Empyem: **24** Fälle (nämlich No. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 und 29.
Davon wurden geheilt: **13** Fälle (No. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 22, 27.
Spontan heilte . . . . 1 Fall (No. 12).
Gebessert wurde . . . 1 Fall (No. 13).
Ungebessert blieb . . 1 Fall (No. 4).
Noch in Behandlung sind 3 Fälle (No. 10, 28, 29).
Der weiteren Behandlung entzogen sich: 5 Fälle (No. 15, 20, 21, 25, 26).
Die Heilungsdauer betrug:
bei 5 Fällen: ½ Monat (No. 6, 7, 8, 16, 22),
bei 3 Fällen: 1 „ (No. 11, 18, 27).
bei 3 Fällen: 5 „ (No. 9, 14, 17).
bei 1 Fall: 12 „ (No. 5).
bei 1 Fall: 17 „ (No. 2).

Von der Bestimmung der mittleren Heilungsdauer chronischer Empyeme müssen wir abstrahiren angesichts des Umstandes, dass nur etwas mehr als die Hälfte dieser Fälle geheilt wurde und die andere Hälfte theils noch in Behandlung steht, theils sich derselben entzogen hat. Die geheilten chronischen Empyeme beanspruchten eine durchschnittliche Heilungsdauer von 2½ Monaten.

Gehen wir nun zur Besprechung der anderen Punctionsverfahren über, so kämen noch: 1) die Mikulicz'sche Operation in Betracht. Mikulicz durchbricht mit einem Troicart vom unteren Nasengange aus die äussere Nasenwand, hierauf wird nach Einlegung einer Canüle das Antrum durch die auf diese Weise erhaltene Oeffnung ausgespritzt. Obwohl theoretisch gegen diese Methode wenig einzuwenden wäre, so finden wir dieselbe doch nicht practisch; einmal ist von der Nasenhöhle aus das Antrum nicht leicht zu erreichen; die Knochenwand ist dort unverhältnissmässig dick, so dass sie mit dem Troicart nur schwer oder gar nicht zu durchbrechen ist (wie auch wir in einem Falle erfahren haben). Ferner entspricht die Operationsöffnung in diesem Falle gewöhnlich nicht dem tiefsten Punkte der Highmorshöhle, wenigstens nicht in

Digitized by Google

dem Maasse, wie wir bei der Desault'schen, Schech'schen oder Küster'schen Operation es erreichen können. Weiter wäre noch zu berücksichtigen, dass wir dabei unser Instrument nicht so in der Gewalt haben und auch das Operationsfeld nicht so, wie es wohl wünschbar wäre, übersehen können. Der Hauptgrund aber, warum diese Operation auf unserer Klinik nicht eingeführt wurde, ist der, dass es dem Patienten unmöglich ist, von der Nase aus die Ausspülungen selbst vorzunehmen.

Der nämliche Vorwurf trifft auch die Verfahren von Jourdain, Bayer und Zuckerkandl, bei welchen noch der schon eben erwähnte Uebelstand hinzutritt, dass die Operationsöffnung ganz bedeutend über dem Boden (Alveolarbucht) der eiternden Höhle angebracht wird. Dieselbe wird sogar noch oberhalb des Ostium maxillare das Antrum treffen, falls wirklich in horizontaler Richtung in der Gegend des Hiatus semilunaris eingestossen wird. Wir möchten diesen Weg nur dann einschlagen, wenn das Ostium maxillare verengt oder verschlossen ist und ausser dem Bohrcanal vom Alveolarfortsatz aus noch eine Gegenöffnung angelegt werden muss, damit die Luft dort frei communiciren kann beim Aussaugen des Eiters und bei der Injection der Desinfectionsflüssigkeit (No. 13 unserer Fälle).

Die Eröffnung vom harten Gaumen aus wird wegen deren grossen Variabilität der Lage und Ausdehnung der Gaumenbucht (Zuckerkandl) nur selten ausgeführt werden. Dieselbe käme in Frage bei den immerhin sehr seltenen Fällen, wo sich an jener Stelle bereits eine stärkere Vorwölbung bemerkbar macht. (Schluss folgt.)

Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta.

Von

Dr. med. **R. Cholewa**, Ohrenarzt in Berlin.

(Schluss.)

Alle diese Thatsachen nun veranlassten mich, Mentholölwicken in allen jenen Fällen anzuwenden, wo acute eitrige Otitiden durch Entzündung und Verengerung des äusseren Gehörganges complicirt wurden.

Aber nicht allein in solchen Fällen, sondern auch da, wo noch kein Durchbruch des Trommelfells stattgefunden hatte, leitete ich versuchsweise die Mentholbehandlung ein, ohne dies bis jetzt für nur einen Fall haben bedauern zu müssen. In meiner Ueberzeugung, dass wir mit Menthol in der Behandlung von acuter eitriger Mittelohr-Entzündung noch Gutes zu erreichen im Stande sind, wurde ich ferner durch die Arbeit eines russischen Collegen bestärkt. Das Referat über diese Arbeit des Collegen B. Pentkovsky zu Radam fand sich in No. 4 der „Semaine medicale" 1891 und lautet also: „L'essence de menthe dans le traitement de l'otite moyenne suppurée."

D'après un confrère russe (Mr. le dctr. P.) l'essence de menthe poivrée est le meilleur antiseptique pour le traitement de l'otite moyenne suppurée.

Digitized by Google

Elle n'irrite pas la muqueuse, tarit remarquablement vite la suppuration et exerce sur l'écaulement une action désodorisant considerable et prolongée; elle est très agréable au malade et jouit d'une innocuité absolue même etant employée en solutions relativement concentrées u. s. w.

Soweit stimmen meine Erfahrungen mit denen des russischen Collegen über die Wirkung von Menthol überein, in der Art der Anwendung weichen sie von ihm ab, und ich werde mir daher erlauben, kurz meine Therapie (die, wie gesagt, nur ein Versuch ist) der acuten eitrigen Otitiden vermittelst Menthol hier zu schildern.

Wenn ein Fall von frischer acuter Mittelohrentzündung in meine Behandlung kommt, so mache ich in den Fällen, wo bei intactem Trommelfell eine Eiteransammlung in der Paukenhöhle noch nicht mit Sicherheit nachzuweisen ist, von dem Bendelack-Hewetson'schen Verfahren, d. h. von Einträufelungen von 10procentigen Carbol-Glycerin-Lösungen, Gebrauch. Führt dieses Verfahren nicht zum Ziel, was immer der Fall ist, wenn es sich um ein eitriges Exsudat handelt, oder ist ein solches mit Sicherheit bei der Inspection des intacten Trommelfells nachzuweisen, so desinficire ich den äusseren Gehörgang vermittelst Lysol und mache eine ausgiebige Paracentese. Hierauf wird von der Tuba aus mit 1procentiger Kochsalzlösung die Paukenhöhle durchspült und der Rest der Flüssigkeit mit dem Ballon aus der Paukenhöhle geblasen, nachdem in die äussere Oeffnung des Catheters vorher einige Tropfen 10procentiges Mentholöl gebracht worden sind. Der Gehörgang wird hierauf sorgfältig getrocknet und eine trockene Mentholglycerinwicke in denselben applicirt.

Während ich bei der Furunculose des Gehörganges einfach von Wattewicken Gebrauch mache, die kurz vor der Application in Menthol-Oel-Lösungen getaucht werden, bediene ich mich bei meinen Versuchen der Behandlung acuter eitriger Mittelohr-Entzündungen eigens präparirter trockener Menthol-Glycerinwatten. Es geschieht dies, um den Watten ihre Resorptionsfähigkeit und gleichzeitig die desinficirende Wirkung des Menthols zu erhalten. Aus diesem Material drehe ich mir nun einen Zoll lange (bei Kindern kürzere), der Weite des Gehörgangs entsprechend dicke Wicken von conischer Gestalt, die mit der Ohrpincette bis dicht an das Trommelfell geschoben werden. Eine directe stärkere Pressung des Trommelfells darf weder in diesen Fällen noch in denen der Furunculose durch die Wicken ausgeübt werden, da sonst allerdings unerträgliche Schmerzen entstehen können. Mit ihrem dicken Ende schliesst die Wicke kurz die äussere Gehörgangsöffnung ab, d. h. sie darf nicht über dieselbe hervorragen, da sonst durch Manipulationen mit der Hand oder Nachts bei Lagerung auf dem kranken Ohr der Patient selbst die Wicke tiefer treiben und so eine stärkere Berührung und Reizung des Trommelfells herbeigeführt werden könnte. Ueber das Ohr kommt sowohl bei der acuten Mittelohr-Entzündung, als bei der Furunculose ein Verband. Nöthig ist derselbe immer bei Kindern, nicht allein um sie zu verhindern, die Wicken herauszuziehen, sondern auch um die Wicken, welche bei Kindern entsprechend der Länge des kindlichen Gehörgangs kaum mehr wie 1½ Ctm. betragen, am Platze und in ihrer Lage zu erhalten. Nach 24 Stunden wird die Wicke entfernt und das Ohr wiederum in der oben angegebenen Weise mit einer Wicke versehen und verbunden.

Digitized by Google

Nach der Paracentese und dem Einlegen der ersten Wicke sehen wir eine serös-eitrige, stark nach Menthol riechende Flüssigkeit sich in und neben der Wicke ergiessen. Vom ersten Augenblick der Application an haben die Patienten den Geschmack von Menthol auf der Zunge; bei jeder Inspiration wird ein Theil des Mentholdampfes durch die Paukenhöhle in die Tube gerissen und fluthet zum Theil auf diesem Wege wieder zurück. Bei Herausnahme der ersten, wie der ferneren Wicken findet sich im Gehörgang kein Eiter, wohl aber ist die Wicke mit solchem mehr oder weniger imprägnirt, ohne dass sich ein Foetor bemerkbar macht; derselbe ist augenscheinlich vollkommen durch Menthol übertäubt. Beim Catheterisiren hört man noch Rasselgeräusche, aber am dritten Tage sind auch diese geschwunden und der Ausfluss neben der Wicke hat aufgehört. Die Röthe des Trommelfells lässt bald nach, die Paracentesenöffnung schliesst sich und gegen den achten Tag durchschnittlich sind alle Erscheinungen der acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung bis auf ein geringes Sausen in dem betreffenden Ohre geschwunden. Ein schöner Erfolg, wenn man die durchschnittliche geringste Dauer einer acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung auf 3 — 5 Wochen bemisst und bedenkt, welchen Schwankungen und Eventualitäten eine solche in ihrem Verlauf unterworfen ist.

Obwohl ich nun dieses Verfahren bei Kindern und Erwachsenen mit vollkommenem Erfolg durchgeführt habe, so betrachte ich, wie gesagt, diese Art der Behandlung als einen Versuch und bin weit davon entfernt, dieselbe als eine „neue Methode“ zu empfehlen. Wenn wir indess diese Art der Behandlung mit den Forderungen vergleichen, welche z. B. Prof. Dr. Zaufal in seinem Aufsatze: „Zur Behandlung der acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung mit Berücksichtigung der bacteriolog. Forschungs-Ergebnisse“, Heft 19 und 20 der „Medicinischen Wandervorträge“ stellt, so glaube ich die „ideale Aufgabe“, welche er in einer „künftigen rationellen Therapie“ einer acuten (eitrigen?) Mittelohr-Entzündung sieht, annähernd gelöst zu haben. Er schreibt daselbst pag. 18 und 19: „Präcisiren wir nach dem gegenwärtigen Stande der Therapie die Aufgabe, die wir eigentlich mit Bezug der Heilung einer acuten Otitis media zu erfüllen hätten, so würde sie darin bestehen, den Abscess, d. h. die Paukenhöhle unter strenger Antisepsis breit zu öffnen, das Exsudat gründlich zu entfernen und eine derartige Desinfection der entzündeten Schleimhaut vorzunehmen, dass sämmtliche Individuen des (?) entzündungserregenden Microparasiten keimungsunfähig! gemacht werden. Dann wäre zu hoffen, dass der Entzündungsprocess in der kürzesten Frist vollständig zur Heilung kommen würde. Aber alles Das hätte nur unter der Bedingung zu geschehen, dass „die Function des Paukenhöhlenapparates nicht im Geringsten beeinträchtigt wird.“

Letztere Forderung ist gross gedruckt, und gerade diese Forderung, „die Intactheit des Schallleitungsapparates“, wird durch die Mentholbehandlung, wie ich sie oben geschildert habe, insofern erfüllt, als in den bis jetzt zur Behandlung gekommenen Fällen die frühere Breite der Hörfähigkeit wieder erreicht wurde.

Ich würde mich freuen, wenn diese Zeilen dazu dienten, einen oder den anderen Herrn Collegen zu veranlassen, die Mentholbehandlung bei Furunculose des Ohres, wie bei Otitis media acuta purulenta und den

Digitized by Google

secundären, hierbei vorkommenden Verschwellungen des Gehörganges einer Prüfung zu unterziehen. Es ist nicht der Wunsch, „Recht zu behalten", sondern es sind die unläugbaren Thatsachen einer nochmaligen bacteriologischen Versuchsreihe, welche mir zum zweiten Male in dieser Sache die Feder in die Hand gedrückt haben.

Herrn Prof. A. Fraenkel für die bereitwillige Erlaubniss zur Benutzung des Krankenhaus-Laboratoriums, sowie den Herren Dr. Troïe und Dr. Roenick für ihre freundliche Uebernahme des bacteriologischen Theils dieser Arbeit sage ich hiermit meinen herzlichsten Dank.

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

Fall 7. Christiane Petrea, 33 Jahre alt, verheirathet. Am 25. Februar 1891 auf Abtheilung I des Stadtspitals überbracht, gestorben am 29. März 1891.

Sie hat seit 15 Jahren wegen einer diffusen, stenosirenden Schleimhauthypertrophie im Larynx eine Trachealcanüle getragen. Vor 6 Jahren entfernte ich mit der Schlinge einen nussgrossen Tumor von der vordersten Larynxwand, und seitdem ist sie im Stande gewesen, ungefähr eine halbe Stunde mit geschlossener Trachealfistel zu athmen. Sie ist in den letzten Jahren ab und zu mit Schrötter's Zinnbolzen und Hartgummiröhren behandelt worden, ohne dass es glückte, den Larynx so weit zu dilatiren, dass sie die Canüle gänzlich entbehren kann.

Patientin ist mager und von bleicher Hautfarbe. Ueber die Canüle sieht man auf der Vorderfläche des Halses einen pfenniggrossen Fleck, wo die Haut roth und geschwollen, infiltrirt, mit einem Schorf bedeckt und zu Zeiten nässend ist. An den Seiten des Halses fühlt man kleine Drüsen. Das Schlucken geht leicht. Sie leidet ziemlich viel an Husten, mit reichlichem, zähen, purulenten Expectorat; Tuberkelbacillen werden nicht gefunden. Die bronchitischen Phänomene ausgenommen, wurde bei der Auscultation nichts Abnormes gefunden. Die Larynxschleimhaut ist der Sitz einer diffusen, festen, fibrösen Infiltration, von weisslich bleichrother Farbe. In der Höhe des falschen Stimmbandes, von der vordersten rechten Ecke des Larynx ausgehend, sieht man einen kaum kirschengrossen Tumor mit breiter Basis und von derselben Farbe, wie die übrige Schleimhaut. Wenn man die Canüle entfernt und die Fistel schliesst, athmet Patientin durch den Larynx mit etwas stenotischem Klange, aber ist dennoch im Stande, die Canüle ungefähr eine halbe Stunde zu entbehren.

Am 2. März wurde der Polyp mit kalter Schlinge entfernt, die Passage besserte sich bedeutend, war aber dennoch ungenügend, weshalb

Digitized by Google

Patientin am 9. März mit Metallcanüle für einen Erwachsenen intubirt wurde.

Temperatur am 11. März: Morgens 37,5°, Abends 37,4°.

Pat. befindet sich wohl, isst Grütze und Butterbrod mit ziemlich grosser Freiheit. Hustet etwas zähen, purulenten Schleim aus. Die Trachealfistel hat sich geschlossen.

14. März. Temperatur Abends plötzlich bis 39°, aber ein paar Tage nachher wieder 37,7°.

24. März. Patientin hat in den letzten 24 Stunden Husten und bringt etwas mehr zähen Schleim auf. Die Canüle wird ab und zu verstopft, zu Zeiten etwas Stenose, welche sich bessert, wenn die Patientin etwas Schleim aufhustet. Keine Beschwerden beim Schlucken. Sowohl bei digitaler Exploration, als bei Laryngoscopie findet man den Kopf der Canüle frei, gut liegend, nicht von ödematöser Schleimhaut bedeckt. Ich ordinirte Dampfinhalationen, Griffith's Mixtur 1 Esslöffel voll 4 Mal täglich.

25. März. Der Husten und die Schleimabsonderung haben abgenommen und die Respiration ist heute vollständig frei.

29. März. Gestern Abend hatte sie wieder einen Anfall von Athemnoth, zur selben Zeit war sie sehr blass und klagte über Uebelsein und Kopfschmerzen. Der Anfall verlor sich, so dass die Entfernung der Canüle aufgeschoben wurde; aber im Laufe der nächsten paar Stunden collabirte sie mehr und unter zunehmender Athemnoth trat der Tod ein, bevor der Arzt kam, um die Narbe im Larynx zu öffnen. Trotz künstlicher Respiration und Aethereinspritzungen konnte man die Pat. nicht wieder beleben. Die ausgenommene Canüle war gänzlich verstopft.

Sectionsdiagnose. Laryngitis chronica c. Stenosi laryngis — Cicatrix trachealis — Vulnus trachealis post tracheotomiam. Emphysema et hyperaemia et hypostasis pulmonum. Degeneratio parenchymatosa et stasis hepatis. Stasis renum et lienis.

Epicrise. Es ist sehr zu beklagen, dass dieser Fall einen so plötzlichen und traurigen Ausgang hatte, besonders da er sicher vermieden worden wäre, wenn ich die Patientin rechtzeitig extubirt und die alte, verstopfte Canüle mit einer neuen, reinen umgetauscht hätte.

Die Todesursache war ohne Zweifel Suffocation. Bei der Section wurde nichts Anderes vorgefunden, das den Tod hätte erklären können, und beim Entfernen der Tube nach dem Tode fand man dieselbe mit zähem, purulenten Expectorat verstopft. Die Ursache einer solchen Verstopfung, wovon in der Literatur sehr wenig gesprochen wird, lag hauptsächlich darin, dass die Patientin an einer stark purulenten Tracheobronchitis mit Aussonderung von ausserordentlich zähem Expectorat, welches an die Wände der Canüle leicht adhärirte, litt. Theils war die Ursache darin zu suchen, dass die Wände der Canüle nicht so glatt waren, wie sie hätten sein sollen. Es ist nämlich einleuchtend, dass das passirende Secret, wenn kleine Unebenheiten vorhanden sind, leichter an den Wänden der Tube adhäriren, kleine Crusten bilden und die Verstopfung der Tube noch mehr begünstigen kann. Die Patientin hatte ungefähr eine Woche vor dem Tode einen Erstickungsanfall gehabt; dieser schwand nach dem Gebrauche von Dampfeinathmungen und Griffith's Mixtur, und nachher nahmen auch die bronchitischen Expectorate

Digitized by Google

ab. Als ich sie zum letzten Male, 2 Tage vor ihrem Tode, sah, lag sie im Bette und las und war sehr zufrieden. Ich versprach damals, sie nach ein paar Tagen zu extubiren und bedaure jetzt, dass ich es nicht gleich that. Ihr Zustand gab damals absolut keinen Anlass, eine augenblickliche Gefahr zu befürchten und ich dachte gar nicht an die Möglichkeit einer so bald eintretenden Verstopfung.

Die Erstickung war augenscheinlich vorbereitet durch eine mehrstündige mangelhafte Zufuhr von Luft und die dadurch verursachte chronische Kohlensäurevergiftung. Ihre Widerstandskraft, durch vieljährige Armuth und Mangel geschwächt, wurde dadurch noch verringert, so dass ein loser Klumpen Schleim im Stande war, die augenblickliche fatale Verstopfung zu verursachen, die den Tod herbeiführte, ehe man Hilfe herbeirufen konnte.

Man lernt aus diesem Fall:

1) dass intubirte Patienten in Folge einer Schleimverstopfung der Tube unmerklich in einen Zustand von chronischer Kohlensäurevergiftung versetzt werden können, die recht schwer zu erkennen und deren Consequenzen sehr gefährlich werden können, indem sie die Möglichkeit bilden für einen plötzlichen Tod durch Verstopfung der Tube mit weichen Schleimmassen, welche die Patienten, in Folge ihres geschwächten Zustandes, nicht aushusten können;

2) dass man, sobald sich wirkliche Erstickungsanfälle bei intubirten Patienten zeigen, nicht zu lange mit dem Extubiren warten, sondern die Tube reinigen und sie eventuell wieder einführen soll. Man darf sich nicht durch den Umstand beruhigen lassen, dass die Stenose vorübergehend und von Wohlbefinden gefolgt sein wird;

3) dass diese Gefahr speciell vorhanden ist, wo man mit purulenter Bronchitis mit reichlichem, zähen Schleim zu thun hat, und endlich

4) dass man nicht vorsichtig genug sein kann mit der Anwendung von Canülen, deren Canalwände ganz spiegelblank und ohne Unebenheiten sein müssen, damit das Anhängen der Schleimmassen nicht begünstigt werde.

In dem Falle von Larynxstenose syphilitischer Natur, den ich in meiner Arbeit in Ugeskr. f. Läg. 4. R. XXII, No. 31—35, Fall II beschrieben habe, zeigten sich auch vorübergehende Erstickungsanfälle, welche nach dem Aufhusten von grösseren purulenten Klumpen schwanden. Sowohl in diesem Falle, wie in dem eben beschriebenen, benützte ich Canülen, die hier fabrizirt wurden von Leuten, die gar keine Uebung in dieser Arbeit hatten und welche nicht wussten, wie grosse Bedeutung eine mangelhaft gearbeitete Canüle mit nicht ganz glatten Canalwänden für den Ausfall der Behandlung haben kann.

Fall 8. Axel Conrad P., 4 Jahre alt, am 28. Februar 1891 in's Amtsspital zu Kopenhagen aufgenommen. Mit dem Patienten folgte kein näherer Bescheid. Er ist normal entwickelt und gut genährt. Die Zunge feucht, rein. Fauces röthlich und die Tonsillen sowohl, wie der weiche Gaumen geschwollen. Auf den Tonsillen findet man einige kleine, dünne, weissliche Belege. Die Nase ist permeabel, die Respiration keuchend, stridulös, mit starken Einziehungen des Jugulum und der Cardia. Typischer Crouphusten, etwas Heiserkeit, leichte Cyanose des Gesichts. Die

Digitized by Google

Drüsen am Halse sind nicht geschwollen, kein Oedem, kein Exanthem. — Tracheotomie, nach welcher einige Membranen ausgehustet wurden.

Am 10. März versuchte man die Canüle zu entfernen, musste sie aber gleich wieder einführen.

23. März. Der Versuch wird unter Chloroformnarkose wiederholt, misslingt aber.

29. März. Pat. wird mit Leichtigkeit intubirt. Sowohl bei Sondirung des Larynx durch die Tracheotomiefistel, als auch bei der Intubation zeigte sich eine kleine Blutung durch die Trachealfistel.

30. März. Unruhig geschlafen, nur wenig Stunden auf einmal. Die Respiration ist frei. Beim Morgenbesuche sitzt er im Bett und spielt. Temp. Morgens 37,9°, Abends 37,5°.

31. März. Wenig Schlaf, wenig Husten. Die Respiration ist frei. Die Tracheotomiewunde schliesst sich gut. Beinahe kein Ausfluss durch die Fistel. Temp. Morgens 37,9°, Abends 37,2°.

Temperatur: 1. April, Morgens 37,8°, Abends 37,5°.
„ 2. „ „ 37,9°, „ 37,5°.
„ 3. „ „ 37,7°, „ 37,4°.

3. April. Hat ziemlichen Durst. Das Schlucken geht ziemlich leicht, nur von flüssigen Sachen und Brod schwer. Wenig Husten, etwas Rasseln bei der Respiration.

Temperatur: 4. April, Morgens 37,7°, Abends 37,3°.
„ 5. „ „ 37,6°, „ 37,4°.

6. April. Pat. isst und trinkt jetzt Alles ohne Beschwerden. Nur wenig Husten. Wohlbefinden. Temp. Morgens 37,6°, Abends 37,4°.

Temperatur: 7. April, Morgens 37,7°, Abends 37,5°

8. April. Gestern Nachmittag fing die Respiration an, etwas beschwerlich zu werden. Sie wurde keuchend, mit schwachen Einziehungen der Cardia. Dies nahm zu, so dass Pat. während der Nacht mehrere kleine Erstickungsanfälle mit Einziehungen im Jugulum und Cardia und Cyanose hatte. Er sieht heute Morgen etwas angestrengt aus, isst etwas. Die Respiration ist keuchend mit Einziehungen der Cardia. Der Appetit ist während der letzten 24 Stunden schlecht gewesen. Respiration: 28. Versuchsweise wird extubirt, wonach die Respiration recht gut, aber doch ungenügend war, weshalb wieder intubirt wurde.

9. April. Die Respiration während der Nacht wieder beschwerlich, mit einigen kleinen Erstickungsanfällen. Temp. Morg. und Abends 38,2°.

10. April. Befand sich während der letzten 24 Stunden wohl. Die Respiration war gut. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,4°.

12. April. Pat. wird extubirt. Temp. Morgens 37,6, Abends 37,2°.

Am 17. April wird Pat. mit kräftiger Stimme und normaler Respiration entlassen.

Epicrise. In dem vorliegendem Falle treten die Vortheile der Intubation in Fällen von beschwerlichem Decanülement von tracheotomirten Individuen deutlich hervor. Ein 4jähr. Kind kann seine Canüle nicht los werden, wird einen Monat nach Ausführung der Tracheotomie intubirt und kann, nachdem es die Intubationscanüle ungefähr 14 Tage getragen hat, geheilt entlassen werden.

Digitized by Google

Prof. Hirschsprung hat auf dem Kinderhospitale zu Kopenhagen einen analogen Fall gehabt [1]), und an verschiedenen Stellen in der Literatur findet man ähnliche Beobachtungen, welche die Bedeutung der Intubation in solchen Fällen deutlich beweisen.

Dass man indessen mit der Anwendung der Intubation sehr vorsichtig sein und die Patienten während der ersten Zeit sehr genau überwachen muss, geht aus folgender Beobachtung hervor.

(Schluss folgt.)

Kurze Mittheilung über den Gebrauch meines Salmiakdampfapparates.

Vor nicht ganz 5 Jahren habe ich in diesen Blättern einen von mir construirten Salmiak-Dampfapparat beschrieben, der sich, wie ich seitdem erfahren habe, einiger Verbreitung und Anerkennung erfreut. Deshalb möchte ich Folgendes nachtragen: In der damaligen Publication [2]) habe ich empfohlen, sowohl den Ammoniak, als auch die Salzsäure mit Wasser zu verdünnen.

Seitdem bin ich davon abgekommen und verwende die genannten Flüssigkeiten unverdünnt, wodurch ich im Stande bin, weit grössere Dampfmengen in den Ballon zu bekommen. Ferner gebe ich jetzt in beide Schenkel langfaserigen Asbest, der nicht so aufquillt wie Schwamm, und daher stets genügend Luft neben sich durchstreichen lässt.

Dr. Gomperz, Wien.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

1) **Beiträge zur functionellen Prüfung des normalen Ohres.** Von F. Siebenmann (Basel). (Zeitschrift für Ohrenheilk. XXII., 3. u. 4. Heft.)
2) **Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh.** Von F. Siebenmann. (Ibidem.)

Bezold hat bekanntlich in seinen „statistischen Ergebnissen über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuches" und in den beiden Nachträgen hierzu (cfr. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XVII, XVIII, XIX, sowie diese Monatsschr. 1887, pag. 198, 1889 pag. 62) auf Grund sorgfältig zusammengestellter Prüfungsresultate gewisse Sätze für die differentielle Diagnose bei doppelseitigen Ohrerkrankungen aufgestellt; die Begründung dieser Sätze hängt zum grossen Theile mit der Deutung

---

[1]) Mitgetheilt von Andersen, Hosp. Tidende, 19. Februar 1890.
[2]) Monatsschrift f. Ohrenheilkunde No. 11, 1887.

Berichtigung. In der diesjährigen Januar-Nummer dieser Monatsschrift soll es auf Seite 20, Zeile 7 von unten, heissen „Dr. Schalita" statt „Dr. Semon".

Digitized by Google

zusammen, welche Bezold den Veränderungen der Perception durch die osteo-tympanale Leitung giebt, dass nämlich die Verstärkung dieser Leitung resultire aus einer erhöhten Spannung des Schallleitungsapparates, speciell des Ligam. annullare stapedis. Diese physikalische Erklärung, welche an Steinbrügge einen offenen Gegner gefunden, hat Bezold unter Anderem auch durch die Ergebnisse der Stimmgabelprüfung beim physiologischen Valsava und Aspirationsversuche zu erhärten versucht. S. hat nun in der ersten der obigen Arbeiten diese Prüfungsresultate beim + und — Valsalva bei einer grösseren Zahl von Normalhörenden nachgeprüft und ist dabei im Allgemeinen zu denselben Befunden wie Bezold gekommen, nur mit der Ergänzung, dass er ausser der unteren Tongrenze auch die obere bei seinen Prüfungen berücksichtigt hat; hierbei fand er, dass dieselbe beim Valsalva hinaufrückt und zuweilen im obersten Theil der Scala auch noch verstärkt gehört wird, beim Aspirationsversuch hingegen in der Hälfte der Fälle herabsinkt, in der Hälfte unverändert bleibt. Diagnostisch verwendbar erwies sich dieses Resultat nicht, da dasselbe bei Sclerose und nervöser Schwerhörigkeit ebensowohl vorkommen, als auch fehlen kann. — S. nimmt mit Bezold zur Erklärung der verstärkten Knochenleitung beim Valsalva eine erhöhte Spannung im Schallleitungsapparate, speciell im Lig. annullare an und citirt zum Beweise der Richtigkeit dieser Anschauung eine Beobachtung aus seiner Praxis, bei welcher in dem Momente des Sondendrucks auf das blossliegende Ambos-Steigbügelgelenk der im Erlöschen begriffene Ton einer auf den Scheitel gesetzten tönenden Stimmgabel auf's Neue hell und stark gehört wurde: durch die Erleichterung der Kopfknochenleitung in Folge erhöhter Spannung des Ringbandes, lautet die physicalische Erklärung, während man mit derselben Berechtigung von einer dynamischen Reizwirkung des Sondendrucks auf den Labyrinthinhalt und die Acusticusendigungen, einer momentanen Hyperästhesie des Hörnerven sprechen kann. — Für die Veränderungen der oberen Tongrenze beim Valsalva und Aspirationsversuche konnte S. keine Erklärung finden; die auf einer Beobachtung Burckhardt-Merian's fussende Vermuthung, dass Alterationen der Spannung der runden Fenstermembran hierfür von Belang sein könnten, wurde dadurch hinfällig, dass S. in einem Falle das runde Fenster fest tamponiren konnte, ohne irgend welche Veränderung der normalen oberen Tongrenze; dasselbe galt vom ovalen Fenster. Nebenbei führt S. einen Fall seiner Beobachtung an zum Beweise, dass durch Veränderung am ovalen Fenster die Perception der untersten und höchsten Töne in hohem Maasse beeinträchtigt werden kann; da er aber hierbei die Erklärung für das Erlöschen der obersten Töne in einer durch das Trauma (dem P. war ein Reis durch das Trommelfell in's Mittelohr gedrungen) herbeigeführten Läsion der untersten Schneckenwindung sucht, so spielt das ovale Fenster selbst dabei keine directe Rolle.

In der zweiten oben angeführten Arbeit sucht S. für den reinen Tubencatarrh, d. h. den Fällen „mit characteristischen Einsenkungen am Trommelfell ohne weitere Complication mit sofortiger hochgradiger Hörverbesserung auf mindestens 2 Meter für Flüsterzahlen nach der Luftdouche", ähnliche characteristische Merkmale bei der Stimmgabelprüfung und Bestimmung der Tongrenzen zu finden, wie dies nach den Ergebnissen der Bezold'schen Untersuchungen für die Diagnose der nervösen Schwer-

Digitized by Google

hörigkeit, der Residuen abgelaufener Mittelohreiterungen und Mittelohrsclerose der Fall sein soll. Mit Rücksicht auf die Unzweideutigkeit der Prüfungsresultate bei der Knochenleitung wurden nur doppelseitige Tubencatarrhe (im Ganzen 7 Fälle) geprüft. Die Ergebnisse waren folgende: Vor der Luftdouche: Abschwächung der Luftleitung, Verstärkung der Knochenleitung, in Zusammenhang hiermit Weber'scher Versuch auf der Seite der geringeren Hörschärfe, negativer oder verkürzter Rinne; die untere Tongrenze meist hinaufgerückt, die obere meist herabgesetzt. Hinsichtlich der hierbei constatirten Verstärkung der Knochenleitung kommt S. auf die von Bezold besonders hervorgehobene Differenz zu sprechen, welche zwischen dem Verhalten der osteo-tympanalen Leitung bei dem physiologischen Aspirationsversuche und bei der auf pathologischer Basis beruhenden Luftverdünnung im Mittelohre besteht; bei beiden müsste nach der physicalischen Voraussetzung die Knochenleitung verstärkt sein, sie ist aber beim Aspirationsversuch im Gegentheil geschwächt. Diesen Widerspruch vermag Bezold nicht zu erklären und weist nur auf die acute Labyrinthdruckschwankung beim Aspirationsversuch als eine Möglichkeit der Erklärung hin. S. scheint, indem er die Bezold'sche Hypothese mit den Worten einführt: „Diese Divergenz ist in Folgendem begründet", jenen Erklärungsversuch schon als völlig erwiesen hinstellen zu wollen.

Nach der Application der Luftdouche waren die Prüfungsresultate folgende: beträchtliche Zunahme der Luftleitung, die Knochenleitung bleibt im Allgemeinen verstärkt, Rinne wurde mit 2 Ausnahmen positiv; obere Tongrenze bleibt herabgesetzt (zweimal sogar noch mehr), dagegen wird die untere Tongrenze mehr oder weniger zur Norm zurückgeführt. Nach der physicalischen Theorie muss die bleibende Verstärkung der Knochenleitung trotz Entspannung des Schallleitungsapparates auffallen. S. nimmt zur Erklärung an, dass durch den Tubencatarrh eine Hyperämie (ex vacuo) der Paukenschleimhaut und des Lig. annullare bedingt sei, in Folge dessen Starrheit des Ringbandes mit Fixation des Steigbügels erfolge; diese supponirte, der Uebermittlung der Schallwellen günstige Starrheit kann natürlicherweise durch die Luftdouche nicht sofort behoben werden, sondern sich erst allmählig ausgleichen, daher für's Erste die Verstärkung der Knochenleitung verbleibt. Durch dieselbe Annahme liesse sich auch erklären, warum die obere Tongrenze herabgesetzt bleibt: Die Stauungshyperämie zieht auch die untere Schneckenwindung noch in Mitleidenschaft. Hiermit ist aber die vorzügliche Luftleitung nach der Luftdouche nicht in Einklang zu bringen. Dass überhaupt dieselbe trotz hochgradiger Verstärkung der Knochenleitung, negativem Rinne und Einengung der Tongrenzen so wesentlich gebessert wird, wie es bei anderen Mittelohraffectionen niemals beobachtet wird, hebt S. mit Recht als auffällig hervor und sucht hierfür eine Erklärung in der Annahme, „dass wir es beim Tubencatarrh nach der ersten Luftdouche mit einer Erkrankungsform zu thun haben, welche das beste bis jetzt bekannte Paradigma einer reinen, von Complicationen mit nervöser Schwerhörigkeit freien Mittelohraffection vorstellt", während bei den Sclerosen und Residuen nach abgelaufenen Mittelohreiterungen das Labyrinth mehr oder weniger mitafficirt sei. Mit dieser „reinen, von Complicationen mit nervöser Schwerhörigkeit freien Mittelohraffection" contrastirt aber die kurz

Digitized by Google

vorher aufgestellte Annahme des Autors von einer secundären Stauungshyperämie in der dem ovalen Fenster zunächst gelegenen Partie der vestibularen Schneckenscala, und ist die hypothetisch dadurch bedingte Herabsetzung der oberen Tongrenze doch als nervöse Schwerhörigkeit anzusehen. Keller.

Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis med. acuta. Von Dr. C. Truckenbrod. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXII, 3. u. 4. Heft.)

Der Fall betrifft einen 54jährigen Patienten, bei welchem sich nach Influenza linksseitiger seröser Mittelohrcatarrh einstellte, der die Paracentese erforderlich machte. Im Verlaufe der nächsten Wochen bildeten sich Hirnerscheinungen aus, starker Scheitelschmerz, besonders aphatische Störungen, welche die Annahme eines Schläfenlappenabscesses in hohem Maasse wahrscheinlich machten. Operation Ende der 6. Woche (Schede). Eröffnung des Warzenfortsatzes (kein Empyem vorhanden), Wegnahme der Decke desselben in 5 Markstückgrösse, Dura gespannt, frei von Eiter, Spaltung derselben, Punction des Schläfelappens zeigt Eiter; breitere Eröffnung des Abscesses, Drainage. Glatter Wundverlauf mit völliger Heilung in 6 Wochen. Tr. bemerkt, dass die Erfahrung zeigen muss, ob die hier ausgeführte Methode, den Abscess vom Dache des Warzenfortsatzes aus aufzusuchen, sich generell für die Operation der Schläfelappenabscesse eignen wird; für die Entleerung und den bequemen Abfluss des Eiters, sowie für den späteren Schutz des Schädels gegen äussere Einwirkungen hat dieselbe gegenüber der Trepanation des Schläfe- und Scheitelbeins (nach v. Bergmann) entschiedene Vorzüge. — Im Anschlusse hieran reiht Tr. noch 2 Fälle von Operation eines Hirnabscesses ex otitide mit tödtlichem Ausgange an, die ebenfalls in mehrfacher Beziehung von Interesse sind. Im ersten derselben musste bereits 8 Tage nach Entstehung eines linksseitigen perforativen Mittelohrcatarrhs die Eröffnung des Proc. mast. wegen Empyems vorgenommen und zu Beginn der 3. Woche, als sich die Anzeichen eines Hirnabscesses stetig mehrten, zur Operation desselben geschritten werden; auch hier standen aphatische Störungen im Vordergrunde der Symptome. Gleich nach der Operation Besserung des Zustandes, dann aber Lähmung des rechtsseitigen Facialis, der rechten oberen und unteren Extremität; Prolaps des Gehirns und Necrose des prolabirten Theils; auch das behufs späterer Wiedereinheilung am Hautlappen belassene Knochenstück des Schläfebeins zeigt sich necrotisch. Tod am 14. Tage nach der Operation. Die Section ergab Durchbruch des Abscesses in die Ventrikel, Umgebung des völlig entleerten Abscesses erweicht, eitrige Meningitis der Basis.

Beim 2. Falle besteht angeblich auch erst seit einigen Wochen linksseitige Mittelohreiterung; seit 14 Tagen Sistiren der Eiterung, Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, Benommenheit des Sensoriums, hohes Fieber. Eröffnung des Proc. und Entleerung von Eiter. Zwei Tage nachher normales Befinden, aber schon am 3. Tage völlige Somnolenz und plötzliches Sistiren der Athmung. Tracheotomie, künstliche Respiration. In der Annahme, dass wahrscheinlich durch Compression des Gehirns in Folge Hirnabscesses der Athem sistirt, wird zur Operation geschritten, die Dura 2 Markstückgross etwas oberhalb und hinter dem Gehörgange freigelegt; alsbald spontanes Athmen, allerdings zeitweise

Digitized by Google

wieder unterbrochen. Nach verschiedenen Punctionen Entleerung von 2 Esslöffeln fötiden Eiters. Nach der Operation bleibt jedoch, wenn auch einige Besserung zu constatiren ist, das Sensorium benommen; am 2. Tage Exitus letalis. Die Section ergab einen Abscess im Kleinhirn, Umgebung erweicht; käsige Ostitis des Warzenfortsatzes und Mittelohrs durch das Tegmen tymp. reichend; im linken Sinus transvers. einen festen, im oberen Theile erweichten Thrombus. Keller.

Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Von Dr. Max Jänicke. (Archiv für Ohrenheilk., Bd. 32, I.)

Nach Wiederholung der bekannten Bemängelungen der Borsäurewirkung bei Otorrhoeen empfiehlt der Verf. statt der Borsäure das von ihm sogenannte Natrium tetraboricum, das er durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser dargestellt hat. Das Mittel stellt harte Crystalle dar, reagirt neutral, löst sich bei Zimmertemperatur zu 16 pCt., bei Siedhitze angeblich in beliebiger Menge in Wasser und soll den Vortheil haben, beim Erkalten einer heiss gesättigten Lösung erst nach einiger Zeit krystallinisch auszufallen, demzufolge man Lösungen von 50 pCt. und darüber in die Paukenhöhle einbringen könne; auch rühmt J. dem Mittel ausserordentliche Milde nach, so dass ausser rasch vorübergehendem Brennen durch die concentrirtesten Lösungen weder Schmerz noch Steigerung der Entzündungserscheinungen auftreten. Wie die Borsäure, wirkt auch das N. t. nicht tödtend, sondern nur entwicklungshemmend auf Spaltpilze; die Ueberlegenheit der Borsäure gegenüber sieht J. in der leichten Löslichkeit und in der Möglichkeit, hierdurch grössere Mengen des nicht irritirenden Antisepticums in die Paukenhöhle bringen zu können. J. hat das Mittel mit bestem Erfolge bei chronischen und subchronischen Eiterungen, sowie bei Otitis ext. purulenta derart angewendet, dass er Anfangs über 50procentige Lösungen, später, beim Versiegen, schwächere Lösungen eingoss und öfters das N. t. in Pulverform nachblies. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Die malignen Epithelial-Geschwülste der Nasenhöhle. (Les tumeurs malignes epithéliales des fosses nasales.) Von Dr. Rob. Dreyfuss in Strassburg. (Arch. internat. de Laryngol. etc. V., No. 2, März—April 1892.)

D. nimmt Veranlassung, nach Mittheilung eines von ihm genau beobachteten und operirten, jedoch tödtlich verlaufenen Falles von Nasen-Carcinom eine tabellarische Uebersicht der bis jetzt veröffentlichten (13) Fälle von malignen Tumoren des Naseninnern zu geben und verbreitet sich darnach ausführlich über Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der Krankheit.

Beschorner.

Digitized by Google

Seltener Fall von Nasenpolyp. (Un cas rare de polype nasal.) Von Dr. Marmadure Sheild. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. glaubte bei einer alten Frau einen gewöhnlichen myxomatösen Nasenpolypen zu operiren. Es war aber ein maligner Tumor, der aus dem Antrum hervorkam. Wenn bei alten Leute ein Nasentumor stark blutet, schnell recidivirt etc., muss man an seine Malignität denken.

Dr. P. K.

Zwei Beobachtungen über Drüsen-Retentionscysten der vorderen Nasengänge. (Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales. Deux observations.) Von Henr. Chatellier. (Arch. intern. de Laryngol. etc. V., No. 2, März—April 1892.)

In beiden Fällen handelte es sich um muco-purulenten Inhalt der Cysten. Die eine wurde vermittelst Galvanocaustik, die andere durch Injection von van Swieten'scher Flüssigkeit zur Verheilung gebracht.

Beschorner.

Modification des Gottstein'schen Ringes. (Modification de la curette de Gottstein.) Von Dr. Hieguet. (Société belge de laryngologie, Mai 1891 und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Nach der Operation mittelst des Gottstein'schen Ringes sah Verf. immer auf beiden Seiten des Septum narium einen Rest des Tumors übrig bleiben; es war dann eine zweite Operation mittelst der kalten Schlinge nöthig; diese Unvollständigkeit der Operation erklärt sich sehr leicht dadurch, dass der Gottstein'sche Ring sich an das Septum nothwendiger Weise während der Operation anlegen muss und dass also die in die eigentlichen Nasenhöhlen hineinreichenden Theile unmöglich mitergriffen werden können. Um diesem Uebelstande vorzubeugen, hat Verf. den horizontalen oberen Theil des Ringes herzförmig biegen lassen; die in der Mitte gelegene Vertiefung ist bestimmt, das Septum in sich aufzunehmen.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Werth der Zunge in Bezug auf das Athmen. (Valeur de la langue au point de vue de la respiration.) Von Dr. Elborough Scatliff. (The Lancet und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. räth, bei kaltem Wetter zugleich durch Mund und Nase zu athmen. Man soll dabei die Zunge heben, damit die durch den Mund eingeathmete Luft Feuchtigkeit und Wärme erhält. Man vermeidet auf diese Weise die Nachtheile der grossen Quantität kalter Luft, welche bei exclusivem Nasenathmen entstehen.

Dr. P. K.

Werth der Zunge beim Athmen. (Valeur de la langue dans la respiration.) Von Dr. Smith. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. bestreitet die Ansicht von Elborough Scatliff und erwähnt die verschiedenen physiologischen Experimente, seine pathologisch-anato-

Digitized by Google

mischen Versuche, sowie das Nasenathmen der Thiere, um zu beweisen, dass die Nase der wirkliche Weg ist, durch welchen die Respirationsluft eindringen soll. Dr. P. K.

Primäres Zungenerysipel. (Erysipèle primitif de la langue.) Von Dr. Garel. (Annales d'otologie und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Ein 37jähr Mann hat Gesichtsrose, welche am linken Zungenrande begonnen hat; die Schwellung war so stark, dass Patient den Mund nicht schliessen konnte. Das Allgemeinbefinden war dementsprechend gestört. Verlauf des gewöhnlichen Erysipels über Nase, Wangen und Augenlider. Dr. P. K.

Idiopathische Zungenentzündung. (Un cas d'inflammation idiopathique de la langue.) Von Dr. Mac Culloch. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 17jähriges Mädchen hatte 2 Anfälle im Zeitraum von 9 Jahren. Jeder Anfall dauerte Wochen lang und trotzte allen Medicamenten. Frühzeitige Einschnitte helfen in solchen Fällen am meisten.

Dr. P. K.

Pilocarpin gegen Trockenheit der Zunge. (Emploi de la pilocarpine pour la sécheresse de la langue.) Von Dr. J. G. Blackmann. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eis und Mundwasser helfen nur vorübergehend. Verf. nässt die Zunge an und legt Pilocarpin in Form von gelatinösen Lamellen auf die Zunge auf. Dr. P. K.

Präepiglottische fibröse Tumoren. (Tumeurs fibreuses préepiglottiques) Von Dr. O. Laurent. (Société des otologistes et laryngologistes belges und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1891.)

Husten und Aphonie schwanden nach der Operation. Verf. betont die relative Häufigkeit der Tumoren der Zungenbasis. Dr. P. K.

Fremdkörper des Gaumensegels. (Corps étranger du voile du palais.) Von Dr. Thomas Stevenson. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 58jähriger Mann schien eine acute Angina zu haben; nach zwei Tagen entstand bedeutendes Oedem des Gaumensegels und es traten Eitertröpfchen aus einer ganz kleinen Oeffnung. Nach gemachtem Einschnitt trat aus der Oeffnung ein Stück eines Pfeifenstummels hervor. Patient erinnerte sich nicht an das Eindringen des Fremdkörpers.

Dr. P. K.

Rolle des Gaumensegels bei Anstrengungen. (Du voile du palais dans l'effort.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du laryux No. 10, 1891.)

Die Bewegungen des Gaumensegels spielen nicht nur eine wichtige Rolle bei den Geruchsempfindungen, indem seine Bewegungen den inspiratorischen Luftstrom auf die betreffenden sensiblen Theile der Nasalschleimhaut lenken, sondern diese Bewegungen spielen eine grosse Rolle

Digitized by Google

auch bei den Anstrengungen. Die spirometrische Entwicklung des Thorax nach aufgehobenem Nasalhinderniss (Dr. Joal), die Nasalleiden als Aetiologie gewisser Unterleibsbrüche (Dr. Freudenthal) finden ihre theilweise Erklärung in den Bewegungen des Velum bei Ueberanstrengungen. Anstrengung und Ueberanstrengung nennt man jede Muskelarbeit, welche ein (mehr oder weniger vollständiges) Feststehen der Thoraxwandungen erheischt (Dr. Le Dentu). Dieses mehr oder weniger vollständige Feststehen des Thorax wird gewöhnlich bewirkt durch Aufblasen der Lungen und durch Bewegungshemmniss der so eingeathmeten Luft am Eingang des Respirationstractus. In wenigen Fällen aber scheint dieses Feststehen blos durch Contraction der Bauchmuskeln, welche an den unteren Rippen fixirt sind, hervorgebracht zu sein. Daher 2 Methoden der Fixirung des Thorax. 1. Methode. Verf. giebt die bekannten, von Le Dentu und Krishaber aufgestellten Theorien über den Glottisverschluss, bemerkt aber dabei, dass der unvollständige Glottisverchluss bei langdauernden körperlichen Anstrengungen das wichtigste Moment ist (er citirt das Beispiel der Leistungsfähigkeit des Ochsen, welcher überhaupt seine Glottis nie vollständig verschliessen kann); dieser unvollständige Verschluss wird besonders bewirkt durch geschicktes Anlegen der Zunge an den weichen Gaumen; in dieser Bewegung werden ja bekanntlich die Rekruten von den Unterofficieren bei den verschiedenen Uebungen eingeschult. Dabei ist die Nase vollständig dem Lufteingang geöffnet, das Inspirium frei bei halbverschlossenem Larynx, das Exspirium verlängert und durch die Anhäufung der Luft im Thoraxraum ist dem ganzen Thorax ein Stützpunkt gegeben. So ist die halbe Anstrengung, d. h. die Anstrengung durch den weichen Gaumen, eine continuirliche Anstrengung, gestattet, anstatt der starken, auf ganzem Larynxverschluss beruhenden, den Unterleib beschädigenden und sogar Unterleibsbrüche producirenden Anstrengung. Vom spirometrischen Standpunkte aus betrachtet, bewirkt diese halbe Anstrengung die continuirliche Thoraxausdehnung und erklärt die von Dr. Joal gemachten Beobachtungen. 2. Methode. Bei Nasenobstruction trocknet die Mundschleimhaut bei exclusivem Mundathmen ein und ermüdet; der theilweise Glottisverschluss kann bei Anstrengungen bis zu einem gewissen Grade vicariiren, ermüdet aber auch und so bleibt bei Anstrengungen nichts übrig, als zur Fixation des Thorax die unteren Rippen mit den Bauchmuskeln zu Hilfe zu nehmen; daher kommt auch in solchen Fällen das Gebücktwerden; daher stimmen auch alle Specialärzte darin überein, dass nach Entfernung z. B. der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums die Patienten sich gerader halten. Dass auf diese Weise der Production der Unterleibsbrüche Vorschub geleistet wird, versteht sich von selbst; dass letztere bei Frauen seltener sind, erklärt sich aus der einfachen Thatsache, dass sie weniger Anstrengungen machen. Dr. P. K.

Behandlung der Mandelhypertrophie. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Cohn. (Weekly medic. Review und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Verf. empfiehlt, verschiedene Einstiche in die Mandeln zu machen und dann mittelst eines Instrumentes Pyoktanin in die Tiefe dieser Wunden zu bringen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Primäres Epithelioma einer Mandel. (Epithélioma primitif de l'amygdale.) Von Dr. J. Walker Downie. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Seltene Fälle; entsteht gewöhnlich in der Umgebung der Mandeln und geht dann erst auf selbe über; hier bestand aber primäres Epithelioma auf der Mandel selbst bei einem 45jährigen Manne; das Leiden ging, wie gewöhnlich, rasch auf die Bogen und die Zungenbasis über und machte natürlich jede chirurgische Operation unmöglich.

Dr. P. K.

Zur Pathologie der entzündlichen Processe in den Tonsillen. (Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires.) Von A. Sokolowski und J. Donockowski in Warschau. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, November—Decbr. 1891 und V. No. 1 und 2, Januar—April 1892.)

S. und D. unterscheiden 4 Formen entzündlicher Processe in den Mandeln, nämlich: 1) Hypertrophia tonsillarum simplex; 2) Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa; 3) Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata; 4) Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea. Nach eingehender Besprechung dieser ätiologisch einander nahestehenden Krankheiten kommen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Hypertrophie der Follikel kann eine Verengerung oder eine Verstopfung der Lacunen zur Folge haben und diese wiederum zur Retention des Inhaltes Veranlassung geben.

2) Die Entzündung der Tonsillar-Lacunen, unter welchen das Secret eine quantitative Vermehrung oder qualitative Veränderung eingeht, kann infectiös oder nicht infectiös, chronisch oder acut sein.

3) Die chronischen Desquamativ-Processe stehen zumeist mit Mandelhypertrophie oder mit dem chronischen Catarrh der Lacunen in unmittelbarem Zusammenhange.

4) Die sogen. Angina follicularis oder lacunaris ist nichts Anderes, als eine in den Lacunen selbst localisirte pseudomembranöse Entzündung.

S. und D. schlagen daher vor, die Krankheit als Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea zu bezeichnen; wie aus der angefügten Statistik hervorgeht, betrifft sie 5 pCt. aller ihrer Kranken. Beschorner.

Vorübergehendes Stottern bei einer Amygdalitis. (Bégaiement temporaire accompagnant une amygdalite.) Von Dr. Rainsford. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Das Stottern entstand während des Verlaufes einer Amygdalitis acuta, ohne dass der Larynx mitergriffen war; das Uebel verschwand mit der Heilung der Amygdalitis, ohne dass man es speciell behandelt hatte. Dr. P. K.

Fall von Ludwig'scher Angina. (Un cas d'angine de Ludwig.) Von Dr. Arnhallt Jones. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

In einem schweren Falle erhielt Verf. eine schnelle Erleichterung durch tiefe Einschnitte, welche er in allen solchen Fällen empfiehlt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber eine wenig gekannte Form der Angina phlegmonosa. — Periamygdalitis lingualis phlegmonosa; phlegmone submucosa superficialis basis linguae. — (Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse.) Von Dr. Alb. Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 1 und 2, Januar—April 1892.)

Mittheilung von 6 Fällen der genannten Krankheit, die zum Theil mit Abscessbildung endeten. Ausführliche Characterisirung des Gesammtbildes der, wie Autor meint, keineswegs seltenen Affection, welche häufig genug von Nichtspecialisten als einfache Angina pharyngea inferior angesprochen werde. Beschorner.

Aetherisation bei Croup. (Etherisation dans le croup.) Von Dr. Betz. (The Lancet und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Können Tracheotomie und Tubage nicht ausgeführt werden, so soll man 6 Stunden lang, jede halbe Stunde intermittirend, Inhalationen von folgender Mischung machen: Aether sulfurici 3,0, Aether acetici 1,0, Menthol 0,1. Dr. P. K.

Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. (Des crises bulbäres de paralysie diphthéritique se présentant chez les enfants.) Von Dr. Guthrie. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf schwere paralytische Symptome, die in Folge von Diphtheritis auftreten und welche er mit dem Namen „Bulbäre Paralyse" bezeichnet; sie treten gewöhnlich in der zweiten Woche auf: Traurigkeit und Apathie, näselnde Sprache, unregelmässiges, seufzerartiges Athmen, weniges, lautloses Hüsteln, Schleim in den Luftwegen, schneller Puls; der Anfall besteht in plötzlicher Lähmung der Schluckmuskeln, Aphonie und gefährlicher Dyspnoe; das Diaphragma ist oft gelähmt, die Luftwege mit Schleim überfüllt; Puls und Temperatur steigen plötzlich; reichliches Erbrechen, welches oft erleichtert; die Anfälle wiederholen sich leicht und der Tod kann durch Erschöpfung eintreten, oder durch Ohnmacht, durch Herzthrombose, ja selbst Erstickung. Verf. glaubt, diese Symptome auf eine Tonhémie, welche auf die Bulbärcentren wirkt, zurückführen zu müssen; die histologische Untersuchung hat aber ein negatives Resultat ergeben. Die Behandlung besteht in ruhiger Rückenlage, kräftiger Diät, Tonicis und Stimulantien. Während der Anfälle muss man voraus verdaute Nahrung einbringen durch Sonde oder Clystiere. Injectionen von Strychnin und Atropin; Belladonna hilft nicht. Die Patienten dürfen in 6 Wochen nach den letzten paralytischen Erscheinungen nicht aufstehen. Dr. P. K.

Strychneinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. (Injections de strychnine dans la paralysie diphthéritique.) Von Dr. Rozeuz. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. hat die besten Resultate damit erzielt. Er spritzt täglich 2 bis 3 Milligramm in die Halsgegend ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein subparotideales und retropharyngeales Sarcom. (Un cas de sarcome sous-parotidien et rétropharyngien.) Von Dr. James Wilson. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Bei einem 36 Jahre alten Patienten wurde nach ausgeführter prophylactischer Tracheotomie am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus ein Einschnitt gemacht und ein sarcomatöser Tumor entfernt; Heilung.

Dr. P. K.

Papillom der aryepiglottischen Falte. (Papillome du repli aryepiglottique.) Von Dr. Semon und Dr. Schattock. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Semon exstirpirte ein Neoplasma, welches von Massei als Angiom der Fossa pyriformis diagnosticirt war. Nach der Operation sah man aber, dass es sich um ein Papillom handelte, welches mit einer Schaale von extravasirtem Blut umgeben war. Interessant in diesem Fall sind also der abnorme Sitz, die Production eines Blutextravasates und die Bildung einer Capsel, welche die wahre Natur des Tumors verdeckte.

Dr. P. K.

Circumscripte Keratose im Larynx. Von Dr. Juffinger. (Wien. klin. Wochenschrift, No. 47, 1891.)

Bei einem 16jährigen Mädchen fand sich an der vorderen Kehlkopfscommissur ein blassrother Tumor, von dessen glatter glänzender Oberfläche einzelne zarte, spitze Erhebungen hervorragten. Die microscopische Untersuchung ergab, dass diese Fortsätze in ihrer Rindenschicht aus dicht aneinanderliegenden verhornten Epithelzellen bestanden. Ein ähnlicher Befund ergab sich bei Gewebsstücken aus dem Tumor selbst.

W. Lublinski.

Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Von Dr. Egm. Baumgarten in Budapest. (Wiener Med. Wochenschrift No. 7, 1892.)

Ein Fall von traumatischer Perichondritis und Chondritis des Aryknorpels, Perichondritis des Ringknorpels und theilweise Necrobiose des Musc. thyreo-arytaen. int. in Folge eines Fremdkörpers (Knöchelchens), welcher das linke Stimmband in der Gegend des linken Proc. vocal. verletzt hatte, dann aber ausgehustet wurde. Ferner: zwei Fälle von idiopathischer Perichondritis. In dem einen war dieselbe, sowie auch Chondritis nach einer Erkältung aufgetreten, wobei es zu partieller Necrose des Ringknorpels und der Aryknorpel kam; in dem anderen war gleichfalls nach Erkältung bezw. durch nachträgliche Infection mit nicht septischen Mikroorganismen Perichondritis der Schildknorpel aufgetreten, welche zu Chondritis derselben und zu partieller Perichondritis des Ringknorpels führte. Die ersteren wurden grösstentheils ausgestossen und bildeten sich frisch, der vordere Ansatz der Stimmbandmuskeln ging verloren, wodurch ihre Function theilweise aufgehoben wurde und durch die Taschenbänder ersetzt werden musste. Beschorner.

Digitized by Google

Lymphadenom; chirurgische Behandlung. (Lymphadénome; traitement chirurgical.) Von Dr. Le Dentu. (Société de chir., 13. Novbr. und Semaine médicale No. 49.)

Fehlen aller Antecedentien, Ausschliessen jedweder Tuberculose, der Verlauf der Krankheit, ihre Kennzeichen, besonders das febrile, nur mit Nachschüben sich kennzeichnende Wachsen sichern die Diagnose; man soll behufs der Diagnose kein Stück des Tumors exstirpiren, denn alle blutigen Eingriffe sind zu verwerfen. Arsenik innerlich und als Injection bleibt das beste Mittel, wenn auch Intoxicationserscheinungen eintreten.

Dr. P. K.

Ueber Behandlung der Larynx-Geschwüre mit Resorcin. Von v. Tymowski. (Wien. med. Presse No. 52, 1891.)

Nicht nur catarrhalische Erosionen, sondern auch oberflächliche Ulcerationen heilen durch absolute Ruhe, passende, womöglich flüssige Diät bei sonst guten climatischen Bedingungen. Bei Infiltration und nachträglicher Ulceration giebt bei acutem Verlauf eine Ableitung nach aussen, Cocainbepinselung, Inhalation mit natriumhaltigem Wasser, passende Diät, absolutes Schweigen ein günstiges Resultat. Sobald das entzündliche Stadium vorüber ist, führt am schnellsten zur relativen Heilung Bepinselung der kranken Theile mit 50—80 proctg. Milchsäure oder 80 procentiger Resorcinlösung. Jodoform leistet gute Dienste bei 2 Mal täglicher Behandlung und granulirenden Geschwüren; dagegen wird bei fortschreitender Infiltration das Oedem der Umgebung noch stärker. Am angenehmsten, vollständig schmerzlos ist 50—80 proctg. Resorcinlösung, wobei die infiltrirten Partien sich auf einige Zeit mit weissem Belag überziehen und sowohl die Eiterung als auch das Oedem bei täglicher Bepinselung sich bald vermindern. Bei starken hypertrophischen kraterförmigen Ulcerationen, die entschieden tuberculös sind, ist Resorcin ebenso wirksam als Milchsäure, aber schmerzlos.

W. Lublinski.

Thyrotomie bei Larynxcarcinom. (De la thyrotomie dans le cancer du larynx.) Von Dr. Moure. (Congres français de chirurgie und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Aus drei eigenen, mit Misserfolg operirten Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Thyrotomie schützt selbst in den günstigsten Fällen nicht vor Recidiven. Bei scharfer Abgrenzung, namentlich wenn der Tumor an den vorderen zwei Dritteln der Stimmbänder sitzt, wenn gar keine Infiltration besteht, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird, so ist die Operation angezeigt; man soll immer die Tracheotomie vorher ausführen, gleich eine Tamponcanüle einlegen und in derselben Sitzung die Thyrotomie ausführen. Sitzt der Tumor am hinteren Theile der Stimmbänder oder auf den falschen Stimmbändern, so ist deren Sitz in der Tiefe nicht zu diagnosticiren und Recidiven werden nicht ausbleiben. In einer späteren Periode ist die Operation nicht nur erfolglos, sondern durch das Nichtmehrvereintwerden der Schildknorpelhälften wird eine äussere krebsartige Wunde zu dem alten Uebel geschaffen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngealtumoren, Tracheotomie, Thyrotomie und Exstirpation. Heilung. (Tumeurs laryngées, trachéotomie, thyrotomie et extirpation des tumeurs; guérison.) Von Dr. E. G. Whittle.

Ein 3jähriges Kind hat seit seiner Kindheit Laryngealbeschwerden. Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr; die Thyrotomie wird auf Wunsch der Familie ausgesetzt; der Kranke befand sich wohl, nur die Canüle konnte nicht entfernt werden. Später wurde die Thyrotomie ausgeführt und man fand eine Menge kleiner Tumoren über und unter den Stimmbändern; diese wurden mittelst Scheere, Messer, Pincetten, scharfer Löffel entfernt; trotz Chloroform waren die Reflexe sehr störend. Heilung.

Dr. P. K.

Ein Fall von Tracheostenose, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. Casuistischer Beitrag zur Medianstellung des Stimmbandes nach Recurrensdurchschneidung. Von Dr. Rich. Wagner in Halle a. S. (Münchener Med. Wochenschrift 1892, No. 10.)

Eine 25jähr. Frau brachte sich mit einem spitzen Küchenmesser eine tiefe Halswunde bei, wodurch der rechte N. recurrens vollständig durchschnitten wurde. Medianstellung des rechten Stimmbandes. Uebergang derselben nach 31 Tagen in Cadaverstellung mit der von W. als Pseudo-Cadaverstellung bei Recurrenslähmung bezeichneten Stimmbandstellung: Unbeweglichkeit, verminderte Breite, excavirter, freier Rand. — Verf. findet durch diesen Fall seine Ansicht bestätigt, dass die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrens-Lähmung nicht bedingt wird durch die Wirkung der durch den N. recurrens versorgten Muskeln, insbesondere nicht durch die Wirkung des Adductors des Stimmbandes. — Auch sonst bietet die ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte durch das Auftreten mehrfacher Stenosen im Bereiche der Trachea und deren wirksame Behandlung mit Schrötter's Bougies und Zinnbolzen, wie auch durch die angestellten Untersuchungen über Geschmacks-Empfindungen im Kehlkopfe manches Interessante.

Beschorner.

Glückliche Oesophagotomie wegen eines während 5 Jahre und 9 Monate in die Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. (Note sur un cas heureux d'oesophagotomie pour enlever un dentier encastré dans l'oesophage depuis cinq ans et neuf mois.) Von Dr. Willoughby Fourner. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Interessant wegen der Natur des Fremdkörpers und besonders wegen seines langen, ungestraften Verweilens im Oesophagus. Dr. P. K.

Mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilte Oesophagusstrictur. (Rétrécissement de l'oesophage guéri par la gastrotomie et la dilatation.) Von Dr. Terrillon. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Janvier 1890.)

Verf. liest die Krankengeschichte eines Patienten vor, welcher eine narbige Strictur in der Nähe der Cardia trug; da absolut keine Nahrung mehr in den Magen gelangte, machte Verf. die Gastrotomie und ernährte den Patienten einzig und allein durch die gross angelegte Fistel während 5 Monaten; während der Zeit erweiterte er allmählig, bis die Speisen wieder durch den Oesophagus in den Magen gelangten. Vollständige Heilung.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Notiz.

Unser allzufrüh verstorbene Fachgenosse Dr. Jacoby hat die Stadt Breslau zur Erbin seines nicht unbedeutenden Vermögens eingesetzt, unter der Bedingung, dass sie ein Institut für stationäre und ambulante Ohrenkranke einrichtet. Beides wird geschehen. Noch im April tritt die Abtheilung für stationäre Kranke mit einem Belegraume von 20 Betten in's Leben, die Poliklinik erst später. Die Leitung ist, dem Wunsche des Erblassers zu Folge, dem früheren Assistenten Jacoby's, Herrn Dr. Oscar Brieger, übertragen worden.

III. Inserate.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für Studirende und Aerzte

von **Prof. Dr. Kurd Bürkner**

in Göttingen.

Mit 136 Holzschnitten. gr. 8. Geh. M. 9,—.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Zur Frage der Regeneration der Substantia propria in Trommelfell-Narben. — Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori (Fortsetzung). — Cholewa: Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta (Schluss). — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — Gomperz: Kurze Mittheilung über den Gebrauch meines Salmiak-Dampfapparates. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Siebenmann: 1) Beiträge zur functionellen Prüfung des normalen Ohres. 2) Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh. — Truckenbrod: Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis med. acuta. — Jänicke: Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. — b) Rhinologische: Dreyfuss: Die malignen Epithelial-Geschwülste der Nasenhöhle. — Sheild: Seltener Fall von Nasenpolyp. — Chatellier: Zwei Beobachtungen über Drüsenretentionscysten der vorderen Nasengänge. — Hieguet: Modification des Gottstein'schen Ringes. — c) Pharyngo-laryngologische: Scatliff: Werth der Zunge in Bezug auf das Athmen. — Smith: Werth der Zunge beim Athmen. — Garel: Primäres Zungenerysipel — Culloch: Idiopathische Zungenentzündung. — Blackmann: Pilocarpin gegen Trockenheit der Zunge. — Laurent: Präepiglottische fibröse Tumoren. — Stevenson: Fremdkörper des Gaumensegels. — Couetoux: Rolle des Gaumensegels bei Anstrengungen. — Cohn: Behandlung der Mandelhypertrophie. — Downie: Primäres Epithelioma einer Mandel. — Sokolowski und Donockowski: Zur Pathologie der entzündlichen Processe in den Tonsillen. — Rainsford: Vorübergehendes Stottern bei einer Amygdalitis. — Jones: Fall von Ludwig'scher Angina. — Ruault: Ueber eine wenig gekannte Form der Angina phlegmonosa. — Betz: Aetherisation bei Croup. — Guthrie: Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. — Rozeuz: Strychnineinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. — Wilson: Ein subparotideales und retropharyngeales Sarcom. — Semon und Schattock: Papillom der aryepiglottischen Falte. — Juffinger: Circumscripte Keratose im Larynx. — Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. — Le Dentu: Lymphadenom; chirurgische Behandlung. — v. Tymowski: Ueber Behandlung der Larynx-Geschwüre mit Resorcin. — Moure: Thyrotomie bei Larynxcarcinom. — Whittle: Laryngealtumoren, Tracheotomie, Thyrotomie und Exstirpation. — Wagner: Ein Fall von Tracheostenose, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. — Fourner: Glückliche Oesophagotomie wegen eines während 5 Jahre und 9 Monate in die Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. — Terrillon: Mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilte Oesophagusstrictur. — Notiz. — III. Inserate

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Mai 1892.** **No. 5.**

I. Originalien.

Beitrag zur Tuberculose des Labyrinths.

Von

Dr. **Ernst Cohnstädt,** Ohrenarzt in Erfurt.

Noch bis vor kurzer Zeit hatte man keine sicheren Belege für das Vorkommen von Tuberculose im Labyrinthe des Gehörorgans. Erst Habermann hat durch genaue Untersuchungen an der Leiche histologisch Nachweise von dem Bestehen derselben gebracht. Ich halte es deshalb für nicht uninteressant, über einen Fall aus meiner Praxis zu berichten, der als Beitrag zu den Habermann'schen Fällen anzusehen ist.

Sophie G. aus Erfurt, 11 Jahre alt, wurde auf Veranlassung eines hiesigen Collegen am 12. April in meine Privatklinik gebracht. Seit ihrem vierten Lebensjahre litt Patientin an rechtsseitiger Ohreiterung, die ohne bekannte Ursache entstanden, keine Schmerzen verursacht und deshalb lange Zeit unbehandelt geblieben ist.

Vor einem und vor zwei Jahren war eine Anschwellung über dem rechten Warzenfortsatze aufgetreten, welche beide Male von dem hinzugerufenen Arzte incidirt wurde. Eine eingehende Behandlung der Ohreiterung jedoch ist auch da nicht vorgenommen worden.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme in die Klinik klagte das sehr blasse und schwächliche Mädchen über heftige Schmerzen in der ganzen rechten Kopfseite. Körpertemperatur 40,2°. Im rechten Ohre massenhafter, dickflüssiger, foetider Eiter, nach dessen Ausspritzung die Spiegeluntersuchung ergiebt, dass das Trommelfell nur noch in ganz geringen Rudimenten erhalten ist; die Gehörknöchelchen nicht zu erkennen. Die Paukenhöhle mit üppigen, schwammigen Granulationen bedeckt, die Tuba Eustachii für den Catheter frei durchgängig. Die Warzenfortsatzgegend nicht angeschwollen. Geringe Facialisparese. Die Untersuchung des Gehörs ergab für Stimmgabel, Uhr und Flüstersprache absolute Taubheit; die Kopfknochenleitung vollständig aufgehoben.

Die microscopische Untersuchung des Eiters, welche ich bei allen Fällen von chronischer Mittelohreiterung vorzunehmen pflege, ergab die Anwesenheit von grossen Mengen Tuberkelbacillen.

Diagnose: Otitis media suppurativa chronica dextra tuberculosa.

Am nächsten Tage Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

Die Operation wurde nach der Methode von Schwartze begonnen. Nachdem die Weichtheile durchschnitten waren, liess sich das Periost sehr leicht ablösen, so dass der ganze Processus entblösst vor uns lag. Derselbe war äusserlich unverändert; keine Fistel, keine Rauhigkeiten. Doch schon nach wenigen Meisselschlägen quoll dicker, fötider Eiter in grossen Mengen aus der Wunde hervor. Ich meisselte deshalb den ganzen Processus ab, wo sich überall Eiter vorfand, schlug dann mit dem Meissel circa 2 Ctm. nach oben einen Theil der Schuppe ab, ohne jedoch hier auf Eiter zu stossen. Deshalb begab ich mich wieder zur ursprünglichen Wunde und meisselte die ganze hintere knöcherne Gehörgangswand, die vollständig cariös war, mit fort. Knochenlücke eine Breite von $2^1/_2$ Fingern. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Irrigation der Wunde. Ausstopfen mit Jodoformgaze. Verband. An demselben Tage Abends war die Temperatur bis auf 38° gesunken. Am nächsten Tage normale Temperatur; Kopfschmerzen völlig verschwunden. Patientin erholt sich sehr schnell. Am dritten Tage Verbandwechsel. Die Wunde granulirt, keine Eiterung im Ohre mehr. Elf Tage später, am 25. April Abends, plötzlich heftiger Schwindel, Temperatur 39°, Appetitlosigkeit, Erbrechen. Die Wunde zeigt keinerlei Veränderungen. 26. April comatöser Zustand, der bis zum 28. April andauert, wo der Exitus letalis eintrat.

Section: Stark abgemagerte weibliche Leiche mit flachem Thorax, stark eingezogenen Schlüsselbeingruben. An Stelle des rechten Proc. mast. eine weite, klaffende Wunde, rechte Gesichtsmusculatur verzerrt. Das ganze Mittelohr mit schwammigen Granulationen angefüllt; Trommelfell, Hammer und Ambos fehlen; das Tegmen tympani entblösst und cariös; die Labyrinthwand der Paukenhöhle zeigt einen grossen, cariösen Defect, von welchem ausgehend man auf käsigen, eingedickten Eiter stösst, der fast die ganze Felsenbeinpyramide ausfüllt. Das Felsenbein zeigt deutliche Zeichen von Caries. Von den Gebilden des Labyrinths ist nichts mehr erhalten; an Stelle von Schnecke und Ampullen finden sich Bindegewebsstränge. Der Facialiscanal cariös durchbrochen, mit Eiter gefüllt. Eitrige Meningitis an der Basis; in der rechten Kleinhirnhemisphäre ein wallnussgrosser Abscess. Obgleich nun an dem erkrankten

Digitized by Google

und manschigen Gehirn der Weg zum Abscess nicht ganz deutlich nachzuweisen war, so ist doch mit Sicherheit anzunehmen, dass derselbe, den Weg des N. facialis verfolgend, die hintere Schädelgrube und von da das Kleinhirn erreicht hat.

Der Eiter, der sich im Labyrinth vorfand, wurde einer genauen microscopischen Untersuchung unterworfen und ergab eine grosse Menge von Tuberkelbacillen.

Wir haben es also in diesem Falle mit einer Zerstörung des Labyrinths zu thun, die durch Tuberculose verursacht ist, fortgeleitet vom Mittelohr.

Ich habe bis jetzt, wie schon oben erwähnt, bei allen chronischen Mittelohreiterungen den Ausfluss microscopisch untersucht und fast in allen Fällen, wo es sich um scrophulöse Individuen handelte, Tuberkelbacillen nachweisen können. Ich habe ferner gefunden, dass bei diesen Personen sehr schnell eine Mitbetheiligung der knöchernen Theile, d. h. des Warzenfortsatzes, stattfindet, noch bevor wir von aussen durch Schwellung oder Druckschmerz auf eine solche aufmerksam gemacht werden. Deshalb soll man unbedingt sich nicht zu lange bei der doch unvollkommenen Behandlung der Paukenhöhle vom Gehörgang aus aufhalten, sondern soll möglichst zeitig zur Aufmeisselung schreiten, um so ein Weitergreifen des Processes möglichst zu verhindern. Ich habe in derartigen Fällen stets operirt und immer eine Caries vorgefunden.

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

(Schluss.)

Wir haben absichtlich das Verfahren von Cooper mit den Modificationen von Krause und Schmidt an die Spitze dieses Capitels gestellt, da dasselbe eine Reihe von Vorzügen besitzt, die wir kaum nochmals anzuführen brauchen. Nach unseren Erfahrungen leistet dasselbe in **acuten** Fällen alles, was wir billiger Weise verlangen können; und es ist nach unserer Beobachtung ein prognostisch ungünstiges Zeichen, wenn das acute Empyem unter dieser Behandlungsweise nicht ganz rasch heilt; eine mehrere Monate, ja jahrelange Dauer der Affection ist dann fast gewiss.

Es ist kaum anzunehmen, dass ohne Behandlung der Ausgang in den eben erwähnten Fällen so rasch ein günstiger geworden wäre, und wir möchten zum Voraus warnen, etwa eine Parallele zu ziehen zwischen den acuten idiopathischen uncomplicirten Eiterungen des Mittelohres und denjenigen der Highmorshöhle. Während die ersteren meistens einen typischen Cyclus durchmachen und nach 3–4 Wochen in diesen Fällen spontan wieder verschwinden, ohne dass sich je auf Zersetzung des Secretes hinweisender Fötor gezeigt hätte, sehen wir ganz im Gegen-

(Fortsetzung auf Seite 131.)

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron.[a]) Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection[b]).	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
1.	A. M. Wäscherin.	35 J.	W.	L.	Zahncaries und Zahnwurzelentzündung.	Zahnschmerz. Schmerz zwischen dem link. unteren Augenlid und der Nase.	Vorderende d. mittl. Musch. leicht hypertrophisch mit flüssigem Eiter bedeckt. Schwach foetider schleimiger Ausfluss aus der Nase.	acut.	Anbohren von d. Alveole aus.	3 M.	1 M.	Heilung.	—
2.	K. H. Arzt.	29 J.	M.	R.	Einbringen von Liqu. ferri-Watte in die Nasenhöhle.	Typische Supraorbitalneuralgie. Schwindel.	Foetide Secretion u. Verstopfung der r. Nasenhöhle durch Polypen.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	11 J.	1 J. und 5 M.	Heilung.	Die Polypen gehen ohne besondere Behandl. zurück. Idiosyncrasie gegen Jodoform.
3.	C. M. Kaufmann	19 J.	M.	R.	Zahncaries.	Schmerz in d. ganzen rechten oberen Zahnreihe. Schwindel. Supraorbitalneuralgie.	Rechtsseitiger, stinkender, eitriger Ausfluss aus der Nase. Im rechten unteren u. mittl. Nasengang rahmiger Eiter. Zwischen den Wurzeln d. cariösen Molares Granulationen.	acut.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 M.	3 W.	Heilung.	Die Zahnalveole steht mit dem Antrum in directer Verbindung.
4.	W. Th. Pfarrer.	48 J.	M.	R.	?	Stirnkopfschmerz. Schwindel. Rechte Supraorbital gegend druckempfindlich.	Verstopfung u. reichliche Secretion aus dem r. Nasenloch. Beide mittleren Muscheln hypertroph., unt. d. rechten fliesst eitr. Schleim ab.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturat.	Viele Jahre.	2 J. 5 M.	Geringe Besserung	Complication mit Otitis med. catarrhal. chron.

[a]) Bei einer Krankheitsdauer von über 3 Monaten bezeichnen wir das Empyem als chronisch. [b]) Beim Eintritt in unsere Behandlung.

Digitized by Google

5.	Th. Z. Kaufmann	64 J.	M.	L.	Kaltes Bad.	Schwindel.	Reichliche eitrige Secretion aus dem l. Nasenloch. Vorderende der l. mittleren Muschel hypertroph. u. mit Eiter bedeckt.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	10 J.	1 J.	Heilung.	Idiosyncras. gegen Jodoform. Arg. nitric. 4%.
6.	B. C. Hausfrau.	30 J.	W.	L.	Zahncaries und Zahnwurzelentzündg.	Zeitweilige heft. zuckende Schmerzen über d. linken Auge. Allgem. Nervosität.	Eiterabfl. aus dem l. Nasenl. Vorderende der l. mittl. Muschel von Eiter umspült. Der 2. linke Prämolar schmerzhaft.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	ca. 9 Mon.	14 Tg.	Heilung.	—
7.	H. W. Kaufmann	33 J.	M.	R.	Retentionscyste	Der Foetor wird vom Patient. selbst empfunden.	Fötider Ausfluss aus dem r. Nasenloche. Am Vorderende d. r. mittleren Muschel Eiter.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 Jahr.	14 Tg.	Heilung.	—
8.	W. M. Postbeamter.	35 J.	M.	L.	Verunglückte Zahn-Extraction.	—	Coryza, vermehrter stinkender Ausfluss a. d. l. Nasenloch. Vorderende der l. mittler. Muschel v. Eiter umgeben.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus.	2 J.	14 Tg.	Heilung.	Exacerbation durch Influenza.
9.	B. Z. Glätterin.	16 J.	W.	R.	?	—	Abgang v. eitr. zeitw. fötid. Ausfluss a. d. r. Nasenloch. Hypertrophie des Vorderendes d. r. mittleren Muschel.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	?	5 Mon.	Heilung.	—
10.	? P. Hausfrau.	52 J.	W.	R.	Einsetzen ein. Molarstiftzahns, Zahnwurzelentzündg.	Kopfschmerz, Schwindel.	Reichl. stink. Eiterabfluss a. d. r. Nasenloch. Kammartige Hypertroph. d. Vorderendes d. r. mittl. Muschel.	chron.	Entf. d. Polypen. Anbohrg. v. d. Alv. aus. Obturat. Spät. breite Meisseleröffng. n. Küster u. Arist.-Gazetamp.	20 J.	8 Mon.	Noch in Behandlg.	Exacerbation durch Influenza. Jodoformintoxication.

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron. Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
11.	L. G. Hausfrau.	37 J.	W.	L.	Zahnwurzelentzündg.	—	Fötid. dünnflüssiger eitr. Ausfluss a. d. l. Nasenloch. Unt. d. Vorderende der l. mittl. Muschel Eiter. Wurzel d. 1. Molar usurirt.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 Jahr.	1 Mon.	Heilung.	Zahnwurzelalveole steht in directer Verbindung mit dem Antrum Highm.
12.	E. H. Färbereibesitzer.	36 J.	M.	R.	Verunglückte Zahn-Extraction. Zahnwurzelentzündg.	Rechtsseitig. Supraorbitalschmerz. Auf der rechten oberen Seite Zahnschmerz.	Fötid. Eiterausfl. a. d. r. Nasenl. Linke Wange etwas aufgetrieben. Das Vorderende d. r. mittl. Muschel von Eiter umgeben.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus.	2 J.	—	Spontan geheilt.	Zahnwurzelalveole steht in directer Verbindung mit dem Antrum Highm.
13.	W. B. Cementfabrikant.	44 J.	M.	R.	?	Im Beginne Supraorbitalneuralgie.	Vorderende der r. mittl. Muschel hypertroph., mit Eiter bedeckt. Lateralwulst.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Durchtrennung d. lat Wand des mittl. Nasenganges. Obtur.	$2\frac{1}{2}$ J.	1 Jahr.	Besserung	—
14.	R. H. Lehrer.	37 J.	M.	L.	Verungl. Zahn-Extraction. Zahnwurzelentzündg.	Schwindel, Lichtscheu, Stirnkopfschmerz.	Aus dem linken Nasenloch eitriger fötider Ausfluss.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	13 M.	5 Mon.	Heilung.	Jodoform-Intoxication.

Digitized by Google

15.	J. J. Blattmacher.	49 J.	M.	R.	?	—	Aus d. r. Nasenloch zeitw. reichl. übelriechende Eitersecretion. Am Vorderende d. r. mittleren Muschel 3 Schleimpolypen.	chron.	Entf.d.Polypen. Anbohrung d. Alveolarfortsatzes.	10 J.	—	Entzieht sich gebessert d. weiteren Behandlung.	—
16.	A. St. Technisch. Zeichner.	42 J.	M.	L.	Influenza.	Linksseitiger Supraorbitalschmerz. Schwindel. Bes. Schläfenkopfschmerz.	Eitr. fötid. Ausfl. a. d. l. Nasenl. Eiter am freien horiz. Rande d. l. mittl. Muschel. Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	7 M.	2 W.	Heilung.	—
17.	J. B. Tramkutscher.	32 J.	M.	L.	Influenza.	—	Aus d. l. Nasenloch fötid. Secret. Rhagaden am Introitus nasi. Neb. d. l. mittl. Muschel Eiter. Spitze d. kariösen Molar m. Granulat. bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	6 M.	5 M.	Heilung.	—
18.	S. Ch. Gärtnersfrau.	30 J.	W.	L.	?	—	Aus d. l. Nasenhöhle Eiterabfl. Vorderende d. l. mittleren Muschel in Eiter steckend.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz. Obturator	4 J.	1 M.	Heilung.	Ost. maxill. weit.
19.	K. Hausfrau.	36 J.	W.	R.	Zahnkaries.	Rechtsseitigr. Stirnkopfschmerz.	Aus d. r. Nasenloch eitr. Ausfl., welcher Nachts auf das Kopfkissen fliesst. Linke mittl. Muschel hypertrophisch. Vorderende d. r. mittl. Muschel m. Eiter bedeckt. Rhagaden a. Introitus nasi.	acut.	Anbohrg. der Alveolarfortstz.	3 M.	1 M.	Heilung.	Ost. maxill. weit.

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron. Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang	Bemerkungen.
20.	J. R. Posthalterin.	25 J.	W.	L.	?	—	Aus d. l. Nasenloch reichl. fötid. Secret., welche sich Nachts a. d. Kopfk. ergiesst. Vorderende d. link. mittl. Muschel mit polyp. Wucherungen bedeckt.	chron.	Hartgummiplatte mit Stift. (Von and. Seite verordnet)	7 J.	Schon 2 Jahre anderweitig ärztlich behandelt.	Entzieht s. gebessert d. weiteren Behandlg.	—
21.	J. M. Fabrikarbeiter.	51 J.	M.	R.	Influenza.	Schmerz beim Kauen, Schwindel beim Bücken.	Aus d. r. Nasenl. eitr. Secret., fliesst Nachts a. d. Kopfk. Mittl. Muscheln mit flachen Gran. bedeckt. Zwischen d. Wurzeln d. 1. Molar fungöse Gran.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 J. 7 M.	4. M.	Entzieht s. gebessert d. weiteren Behandlg.	—
22.	R. Sch. Seidenwinderin.	30 J.	W.	L.	Influenza.	Schmerz in d. Supra u. Infraorbitalgegend.	Aus d. l. Nasenhöhle fötid. eitrig. Ausfluss. Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	5 M.	14 T.	Heilung.	—
23.	C. H. Seidenarbeiterin.	41 J.	W.	L.	?	Schmerz zwisch. linkem Augenwinkel und Nasenrücken.	Aus d. l. Nasenh. fötid. eitrig. Secret., welches Nachts a. d. Kopfk. ergiesst. L. mittl. Muschel v. eitrigem Schleim überzogen.	acut.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 M.	1 W. Entz. s. gebess. d. weit. Behandl.	Besserung	—
24.	E. St. Seidenspinnerin.	18 J.	W.	R.	Coryza ?	Schmerz über beid. Augen.	Aus d. r. Nasenhöhle fötid. eitr. Ausfluss. R. mittl. Muschel geröthet u. hypertrophisch, unt. derselben Eiter.	acut.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	$2^1/_2$ M.	8 T.	Heilung.	—

Digitized by Google

25.	A. M. Fabrikarbeiter.	51 J.	W.	R.	Influenza.	Schmerz beim Kauen, Schwindel beim Bücken.	Aus d. r. Nasenhöhle fötid. eitr. Secret., welche s. Nachts a. das Kopfk. ergiesst. Mittl. Musch. m. flach. Granulat. bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 Jahr 7 Mon.	4 M. Entz. s. gebess. d. weit. Behandl.	Besserung	—
26.	J. J. Säger.	56 J.	M.	L.	Bronchitis acuta.	Stirnkopfschmerz. Infraorbitalschmerz. Schwindel.	Aus d. l. Nasenloch reichl. eitr. Secret., welche Nachts auf d. Kopfk. fliesst. L. mittl. Musch. hypertrophisch, pendelnd, mit Eiter bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	4 M.	3 M.	Entzieht sich gebessert d. weiteren Behandlg.	—
27.	A. B. Magd.	24 J.	W.	R.	Atroph. Catarrh der linken Nasenh.	Kopfcongestionen.	R. mittl. Musch. mit Eiter bedeckt; d. r. unt. Musch. hypertrophisch.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	? J.	4 W.	Heilung.	—
28.	H. T. Posamenter.	26 J.	M.	Bs.	Influenza.	Supraorbitalschmerz. Schwindel.	Verstopf. beid. Nasenhöhlen d. Schleim. Vorderende beider mittl. Musch. hypertrophisch m. Polypen bedeckt. Links Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz. Jodoformin sufflat., spät. Ausspülg. mit Alcohol.	8 M.	—	Noch in Behandlg.	—
29.	G. S. ohne Beruf.	23 J.	W.	Bs.	Atroph. Catarrh.	—	Besonders reichliche foetide Secretion. Beide mittleren Muscheln atrophisch.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	? J.	—	Noch in Behandlg. Das linksseitige Empyem war nach 14tg. Beh. geheilt.	

Digitized by Google

Anhang

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
30.	J. R. Schreinermeister.	54 J.	M.	L.	Carcinoma antri Highmori	Zahnschmerz im link. Ober- u. Unterkief. Schmerz i. d. Gegend des unt. Orbitalrandes.	Diffuse Schwellung der Wangengegend. In der linken Nasenhöhle einige graue abnorm gefässreiche Schleimpolypen, welche vom Vorderende der mittleren Muschel ausgehen.	—	Explorat.-Punct. des Alveolarfortsatzes. Resect. des Oberkief. durch Prof. Socin.	2 M.	3 M.	Heilung.	Noch nach 8 Mon. ohne Recidiv.
31.	C. St. Banquier.	60 J.	M.	L.	Carcinoma antri Highmori	Supraorbitalschmerzen.	Diffuse Schwellung der ganzen Oberkiefergegend. Linke Lidspalte verengt. Unteres Augenlid sugillirt. Jochbogen und unterer Orbitalrand nicht deutlich abzugrenzen. Linke Nasenhöhle weit: Knochenharter Lateralwulst. Flach knollige Schwellung der unt. Muschel.	—	Resection des Oberkiefers durch Professor Socin.	10 M.	8 M.	†	Recidiv.

Digitized by Google

satz dazu bei einem Theile der acuten Eiterungen des Antrum Highmori schon in den ersten Tagen intensiven Fäulnissgeruch eintreten. Dass derselbe in allen Fällen durch die blosse Stagnation des Eiters bedingt sei, möchten wir bezweifeln. Naheliegender ist es, dass derselbe auf die unmittelbare Nähe der Mundhöhle resp. der Alveolen cariöser Zähne mit ihren zahlreichen Microorganismen zurückzuführen ist, und dass wahrscheinlich hier ähnliche Verhältnisse vorliegen, wie bei denjenigen Abscessen der Bauchhöhle, wo der Eiter intensiven Fäcalgeruch besitzt, auch da, wo keine nachweisbare Communication zwischen Darmlumen und Abscesshöhle besteht.

Einzelne Fälle von Spontanheilung werden zugegeben, immerhin aber als Rarität (vgl. die Discussion über den Küster'schen Vortrag: Die Behandlung der Eiterungen starrwandiger Höhlen, Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 10). Auch unter unseren Fällen haben wir eine Spontanheilung zu verzeichnen v. No. 12; die Heilung war hier begünstigt durch die ausserordentliche Weite und die geringe Länge der Alveolaröffnung.

Vergleicht man den durch Sectionsbefunde von anderen und von uns (vergl. oben) erwiesenen Umstand, dass Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei verschiedenen Allgemein-Infections-Krankheiten beinahe zur Regel gehören, mit der Thatsache, dass das Empyem der Highmorshöhle immerhin relativ selten gefunden wird auch von gewandten Beobachtern, so muss man als sicher annehmen, dass Empyeme der obengenannten Herkunft in der Regel spontan heilen. Anders verhält es sich natürlich mit den Eiterungen anderen z. B. dentalen Ursprungs.

In besonders hartnäckigen Fällen, wo auch nach mehrmonatlicher Behandlungszeit die Eiterung der Highmorshöhle nicht sistirt, sollte das Verfahren von Küster angewendet werden, d. h. breite Eröffnung von der Fossa canina aus. Auch Desault und Schech haben diese Operation ausgeführt, doch scheinen sie die Operationsöffnung weniger gross angelegt zu haben als Küster. Der letztere resecirt subperiostal ein dreieckiges Knochenstück, so dass der Finger zur Exploration der Höhle eingeführt werden und auch durch Spiegelbeleuchtung die Untersuchung vervollständigt werden kann. Die Nachbehandlung besteht im Einlegen von Jodoformstreifen. Bis jetzt haben wir nur einen unserer Patienten, nämlich Frau P. (No. 10 unserer Tabelle) bewegen können, sich dieser Küster'schen Operation zu unterziehen. Die sämmtlichen übrigen ungeheilten oder blos gebesserten Patienten — soweit solche mit dem nagelförmigen Obturator versehen und mit der Nachbehandlung vertraut waren — zogen es vor, letztere auf ungewisse Zeit hin fortzusetzen, indem sie angaben, dass dieselbe ihnen nicht lästig sei und dass sie die unangenehmen Symptome vollständig damit hintanzuhalten im Stande seien.

Unsere Erfahrungen in Betreff der Küster'schen Operation sind noch zu gering, als dass wir uns schon ein Urtheil über dieselbe erlauben dürften. Immerhin ist ihr Vortheil für die Sicherung der Diagnose und für die Entfernung von eingedrungenen Fremdkörpern (ungeeignete Obturatoren), Sequester, Polypen und eventuell von beginnenden Neubildungen, sowie bei hochgradiger Schwellung der Schleimhaut in die Augen springend.

Unsern Fall No. 10 operirte Siebenmann in Bromäthernarcose.

Digitized by Google

Ueber die Kante des zahnlosen Alveolarfortsatzes wurde ein Längsschnitt geführt, das Zahnfleisch mit dem Periost nach beiden Seiten zurückgeschoben, der blossgelegte Processus alveolaris mit dem Meissel zunächst gespalten in der Schnittlinie und dann wurde der Knochen dort rasch derart resecirt, dass die Kuppe des kleinen Fingers gegen die Highmors-Höhle hinaufgeschoben werden konnte. Die letztere erwies sich durch gewucherte Schleimhaut aber so angefüllt, dass von einem 1 Ctm. breiten Aristolgazestreifen nur ein 15 Ctm. langes Stück hinaufgeschoben werden konnte. (Frau P. hatte früher in unserer Behandlung beim Krause'schen Trockenverfahren eine intensive Jodoformintoxication durchgemacht, so dass wir von der Jodoformgaze absehen mussten.) Nach Curettement der Höhle und unter täglich 2 Mal vorgenommener Tamponade erweiterte sich das Lumen des Sinus maxillaris in der folgenden Zeit derart, dass nun nach 4 Wochen ein Gazestreifen von 50 Ctm. Länge bequem hineingestossen werden kann. Die Eiterung hat gegenwärtig sistirt; trotzdem haben wir uns noch nicht entschliessen können, von der Tamponade zu abstrahiren und den Operationscanal sich schliessen zu lassen, da wir noch eine weitere Rückbildung der Mucosa abwarten wollen.

Ein Fall von geheilter Chorea laryngis.

Von

Dr. **W. Posthumus Meyjes**, Amsterdam.

Einen typischen Fall von Chorea laryngis habe ich vor einiger Zeit wahrgenommen:

Herr F. W. W., 52 Jahre alt, leidet schon seit vier Jahren an einem äusserst hartnäckigen Husten, der ihn ohne Aufhören quält. Eine Ursache davon ist ihm nicht bekannt. Der Mann ist sonst gesund; Nervenleiden konnte ich aus der Anamnese nicht hervorheben. Ebensowenig war er schuldig an Excessen in Venere oder Baccho. Während des Schlafes hustet er nicht. Nase, Kehle und Ohr boten keine nachweisbaren Aenderungen dar. Bei der Spiegeluntersuchung hustet er nicht. Der Husten ist dem höchst unangenehmen Laut des Seelöwen ähnlich; choreatische Bewegungen werden dabei nicht wahrgenommen. Jahre hindurch hat er Antinervina, Narcotica, Roborantia aller Art zu sich genommen, jedoch ohne den geringsten Erfolg.

Ich gab ihm 3 Mal täglich 0,5 Grm. Antipyrin. Das Resultat war eclatant. Schon am zweiten Tage hatte die Intensität des Hustens abgenommen, am Abend des dritten Tages war der Husten nahezu, am Morgen des fünften Tages ganz verschwunden.

Das Eigenthümliche des Falles war das Alter des Patienten, weil man bei Erwachsenen überhaupt höchst selten Chorea laryngis wahrnimmt, und immer nur die mit Paroxysmen; von dieser continuirenden Form sind nur vereinzelte Fälle in der Literatur bekannt.

Das Antipyrin ist ein vorzügliches Mittel, die erhöhte Reflexthätigkeit herabzusetzen, da man doch allgemein als Ursache der Chorea laryngis eine Reizung der corticalen motorischen Larynxcentren annimmt,

Digitized by Google

ebenso wie Chorea major und minor corticalen Ursprungs sind. Oefters ist in Fällen von Chorea m. (Veitstanz) das Antipyrin mit gutem Resultate angewendet, wie ich mich auf der Universitätsklinik, als Assistent des Herrn Prof. P. K. Pel zu Amsterdam, öfters überzeugt habe.

Leider hatte ich noch keine Gelegenheit, das Mittel auch bei Chorea vocalis zu versuchen. Der Fall von Linkenheld in dieser Monatsschrift 1891, pag. 268, scheint mir eine Combination gewesen zu sein von Chorea laryngis (das Husten) und Chorea vocalis (Erzeugung der Anfälle bei lautem Lesen).

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Schluss.)

Fall 9. Hans Christian L., 2½ Jahre alt, wurde am 4. April 1891 für Sequela-Tracheotomie aufgenommen.

Vor 7 Monaten wurde Patient in's Amtsspital zu Kopenhagen aufgenommen und gleich wegen Croup tracheotomirt. 33 Tage nachher wurde er mit der Canüle entlassen, nachdem man mehrmals vergebens versucht hatte, dieselbe zu entfernen. Er hatte, als er abgeschrieben wurde, eine ziemlich starke Bronchitis mit zähem schleimigen Expectorat.

Er wird wieder aufgenommen, um möglicher Weise die Canüle los zu werden. Er ist klein für sein Alter, schwächlich gebaut und mager. Die Stimme ist heiser und schwach, aphonisch, und das Sprechen strengt ihn augenscheinlich an; wenn er sprechen soll, hält er den Kopf schief.

5. April. Temp. Morgens 37°, Abends 37,5°. Patient wird heute unter Chloroformnarcose untersucht. Er kann nur wenige Minuten ohne die Canüle athmen. Leidet an Bronchitis mit Aufhusten einer ausserordentlich reichlichen Menge von zähem, purulenten Schleim. Intubation wird mit Leichtigkeit vorgenommen. Bekam gleich Husten, wodurch ziemlich viel Schleim herausgebracht wurde. Der Faden wird entfernt. Die Sprache ist schwach, heiser und etwas angestrengt. Bekam Eispillen und halbe Fieberdiät.

6. April. Temp. Morgens 38,4°, Abends 37,8°. Die Respiration hielt sich gestern den ganzen Vormittag frei und natürlich, unbedeutender Husten gleich nach der Intubation, später kein Husten oder Expectorat. Am Nachmittag und gegen Abend wurde die Respiration ab und zu beschwerlich, mit deutlichen Einziehungen in der Cardia, und er warf sich unruhig im Bette hin und her. Die Anfälle waren ziemlich häufig, aber von kurzer Dauer. Heute Morgen scheint er sich subjectiv wohl zu befinden. Deutliches Schleimrasseln in der Trachea und an beiden Lungenhälften. Er hat reichlich Eispillen und Milch genossen, theelöffelweise, wodurch ziemlich viel Husten verursacht wurde. Urin normal.

Digitized by Google

7. April. Temp. Morgens 38°, Abends 38,1°. Patient isst etwas aufgeweichten Zwieback, hustet aber ziemlich viel dabei. Mehrere starke Hustenanfälle. Die Respiration etwas keuchend.

8. April. Temp. Morgens 38,6°, Abends 38°. Die Respiration noch immer etwas beschwert, keuchend und mit etwas Schleimrasseln. Husten immer, wenn er etwas geniesst. Ass gestern ein Ei und etwas aufgeweichten Zwieback. Da er ab und zu starke Einziehungen der Cardia hat und der Schleim wegen seiner ausserordentlichen Zähigkeit schwer aufgehustet wird, wird er extubirt, muss aber wegen ungenügender Respiration gleich wieder intubirt werden. Um ihm etwas Ruhe zu verschaffen (er soll, seitdem er intubirt wurde, nur wenig geschlafen haben) und um möglicher Weise die purulente Bronchitis zu bessern, wird die Trachealcanüle eingelegt und extubirt.

Am 12. April wird von Neuem eine etwas kürzere Intubationscanüle eingelegt.

13. April. Temp. Morgens 37,5°, Abends 37,6°. Gestern Abend hustete er die Canüle aus und bekam gleich einen Erstickungsanfall, weshalb die Krankenpflegerin die Trachealcanüle einlegte. Diese wird jetzt wieder entfernt und die Intubationscanüle wieder eingelegt.

14. April. Temp. Morgens 38,4°, Abends 38°. Er hustet um 6 Uhr Nachmittags die Canüle wieder aus und die Trachealcanüle wird eingelegt.

Erst am 17. April wird er wieder intubirt, aber am selben Abend wird die Tube herausgenommen und die Trachealcanüle eingelegt.

23. April. Wird intubirt. Bei der Untersuchung heute fühlt man den Introitus laryngis schnürlochförmig verengt und theils mit papillomatösen Auswüchsen angefüllt.

In der folgenden Zeit wird er jeden Morgen intubirt, jeden Abend extubirt und die Trachealcanüle eingelegt.

5. Mai. Die Secretion in der Trachea ist ausserordentlich reichlich und zähe. Im obersten Ende der Trachealwunde sieht man ein flottirendes Granulom, welches schwer zu fassen ist: Unter Narcose wird vergebens Abreissung und Curettement versucht. Sein Befinden ist sonst gut, hat guten Appetit und erholt sich sichtbar.

12. April. Nachdem er die Canüle 2 Mal 24 Stunden getragen, hustete er dieselbe gegen Abend plötzlich aus, bekam gleich einen Erstickungsanfall und starb, ehe Hilfe herbeigerufen werden konnte.

Epicrise. Im vorliegenden Falle handelte es sich um ein schlecht ernährtes, mageres und schwächlich gebautes Kind, welches nach Tracheotomie bei Croup die Canüle 7 Monate getragen hatte und jetzt an einer sehr reichlich purulenten chronischen Bronchitis litt. Diese Bronchitis war, wie im Fall No. 7, die unglückliche Complication, die den traurigen Ausgang zur Folge hatte. — Während im ersten Fall der Bronchitis directe Verstopfung der Tube die unmittelbare Ursache der Erstickung war, war das Verhältniss in diesem Falle etwas anders. Der Tod trat nämlich hier nicht direct in Folge einer Verstopfung der Canüle ein; wegen der reichlich purulenten Secretion aus den Bronchien musste das Kind fortwährend husten, um sich von demselben zu befreien, und bei einem starken Hustenanfall wurde die Tube herausgeschleudert. Unter gewöhnlichen Umständen wäre die Dilatation der Tube genügend gewesen, die Luftpassage so lange frei zu halten, bis man ärztliche Hilfe herbei-

Digitized by Google

rufen konnte, um entweder die Tracheotomiewunde zu öffnen oder das Kind wieder zu intubiren. In diesem Falle indessen muss man annehmen, dass die Stenose wesentlich durch grössere Granulationsmassen verursacht war, und diese schlossen sich wie ein Ventil, sobald die Tube ausgehustet war. Section wurde leider nicht erlaubt, aber dass das Verhältniss wirklich so war, wie oben angenommen, wird dadurch bestätigt, dass man mit dem Zeigefinger den Introitus ganz mit Granulationsmassen angefüllt fühlen konnte, ebenso wie man auch von der Tracheotomiewunde aus das Vorhandensein von Granulationsgeschwülsten im oberen Theile der Trachea constatiren konnte.

Diese beiden Complicationen, die purulente Bronchitis mit den Granulationsmassen im Larynx, machten überhaupt das Intubiren des Kindes wenig einladend, und man hätte mit den Versuchen früher aufhören sollen.

Dass eine Larynxstenose durch Granulationsmassen verursacht ist, kann an und für sich keine Contraindication zur Anwendung der Intubation sein, und Baldwin[1]) hat einen Fall mitgetheilt, wie er ein 8jähr. Kind durch tägliche Einführung der Intubationscanüle im Laufe von 5 Wochen heilte. — In dem folgenden Falle, wo man auch ein Ausfüllen des untersten Theiles vom Larynx durch Granulationsmassen als die Ursache zum beschwerlichen Decanülement betrachten muss, verlief die Intubation leicht und war von vollständiger Heilung gefolgt.

Fall 10. Jens Martin C., 2 Jahre alt, am 8. Juli 1891 wegen Diphtheritis in's Amtsspital aufgenommen. Nähere Auskunft über Pat. war nicht zu erhalten. Er ist wohlgestaltet und gut genährt. Die Zunge feucht und rein, Fauces geröthet, beide Tonsillen geschwollen. An beiden sieht man mehrere, etwa erbsengrosse Beläge von grauer Farbe. Die Nase ist permeabel, die Respiration frei; keine Heiserkeit, die Drüsen des Halses nicht geschwollen. Kein Oedem, kein Exanthem. — Im Laufe des folgenden Tages wird die Stimme heiser und die Respiration stridulös. Urin normal.

11. Juli. Temp. Morgens 37,5°, Abends 38°. Unter zunehmender Dyspnoe und Cyanose wurde in der Nacht um 1 Uhr die Tracheotomie gemacht.

19. Juli. Pat. konnte gestern das Verschliessen der Canüle nicht vertragen.

20. Juli. Temp. Morgens 37,6°, Abends 37,5°. Die Canüle wird entfernt.

21. Juli. Temp. Morgens 37,3°, Abends 37,5°. Respiration etwas keuchend, keine Cyanose, schwache Einziehungen.

22. Juli. Die Dyspnoe nahm gestern Abend sehr zu und um 1 Uhr musste die Canüle wieder eingeführt werden.

1. August. Da Pat. die Canüle noch immer nicht entbehren kann, wird er in Narcose untersucht und man findet den Larynx über der Tracheotomiefistel theilweise mit Granulationsmassen angefüllt. Er wird intubirt. Die Intubation ging leicht; eine Canüle für das Alter von 2 Jahren wurde eingelegt.

---

[1]) Baldwin: Case of papilloma of Larynx cured by Intubation. Medic. Record, 8. August 1890.

Digitized by Google

2. August. Temp. Morgens 37,3°, Abends 37,5°. Nach 2 Stunden hustete er gestern die Intubationscanüle aus, weshalb die Trachealcanüle wieder eingelegt wurde. Heute früh wurde die Trachealcanüle entfernt. Nach einer Stunde wurde die Respiration keuchend, lärmend, deshalb von Neuem Intubation mit einer grösseren Nummer (für das Alter von 3 Jahren). Die Intubation ging leicht ohne Narcose.

3. August. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,4°. Hat nicht so gut geschlafen, befindet sich aber sonst wohl. Klagt über Durst, weshalb Eispillen ordinirt werden.

4. August. Temp. Morgens 38,6°, Abends 38°.

5. August. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,5°. Hat gut geschlafen, ass gestern ein Ei mit Appetit. Respiration gut.

Von jetzt an war der Verlauf und die Temperatur normal.

14. August. Wohlbefinden. Während eines Hustenanfalles heute Morgen wurde die Canüle ausgehustet. Respiration vollständig frei.

16. August. Wohlbefinden. Ist sehr lebhaft und spricht deutlich. Wird abgeschrieben.

Epicrise. In diesem Falle wird ein 2jähriges Kind, nachdem es 3 Wochen lang die Tracheotomiecanüle getragen und man dieselbe nicht entfernen kann, intubirt. — Der Larynx war über der Tracheotomiefistel theilweise mit Granulationsmassen angefüllt. Im Gegensatze zu Fall 9 wurde das spontane Aushusten der Tube (2 Stunden nach der ersten Intubation) nicht von so plötzlichen Erstickungsanfällen begleitet, dass man nicht Zeit hatte, die Trachealcanüle wieder einzulegen. Am folgenden Tage wurde er wieder intubirt und trug jetzt die Tube, bis er sie 12 Tage nachher bei einem Hustenanfall wieder aushustet. — Von jetzt an war die Respiration vollständig frei.

Endlich habe ich Intubation in folgenden 2 Fällen versucht:

Fall 11: Mehrmals bei einem 24jährigen Manne, der nach einer Tracheotomie in seinem 6. Lebensjahre eine Trachealstenose (Verdickung der vorderen Trachealwand) bekommen hat. — Er trägt keine Trachealcanüle, aber die Respiration ist, besonders wenn er erkältet wird, deutlich stenotisch. Ich habe ihm mehrmals ambulant Intubationscanülen, die ich nur einige Minuten liegen lasse, eingeführt, und hoffe dadurch, die Stenose dilatiren zu können Steht noch in Behandlung.

Fall 12: Bei einem ca. 25jähr. Mädchen, das an ausgesprochener Aphonia spastica litt und früher mit allerlei Mitteln (constanter Strom, Faradisation etc.) behandelt worden ist, intubirte ich 2 Mal, jedes Mal nur wenige Minuten, aber ohne Erfolg. Die Aphonia spastica schwand nicht.

* * *

Sollte ich am Schlusse dieser casuistischen Mittheilungen die Indicationen der Kehlkopf-Intubation, so wie sie in Folge der Erfahrungen der letzten Jahre sich entwickelt haben, schematisch aufstellen, könnte es auf folgende Weise gemacht werden:

Die Intubation **soll** angewandt werden:

1) Bei acuten Kehlkopfstenosen, welche nicht diphtheritisch sind, sondern einem acuten Oedem der Schleimhaut (Tuberculose, syphilitische Perichondritis, Erysipelas etc.) zuzuschreiben sind.

Digitized by Google

2) Bei acuten Kehlkopfstenosen, welche zwar diphtheritischer Natur sind, aber wo man, wegen sehr starker Asphyxie, nicht annehmen kann, genügend Zeit für die Ausführung einer Tracheotomie zu haben.

3) Bei acuten Kehlkopfstenosen diphtheritischer Natur, wo die Familie des Patienten eine Tracheotomie nicht erlaubt.

4) Bei acuten Kehlkopfstenosen, die entweder durch doppelseitige Paralyse der Stimmband-Abductoren oder doppelseitigen Spasmus der Adductoren verursacht sind.

5) Bei acuten Kehlkopfstenosen, durch Fremdkörper verursacht, insofern die Zeit nicht die Ausführung einer Tracheotomie erlaubt (Meltzer[2]). In diesen Fällen soll man, wenn möglich, speciell O'Dwyer-sche Tuben mit sehr grossem Lumen anwenden[3]).

6) Bei acuten Trachealstenosen, von einer acuten Thyreoiditis bedingt (Annaudale[4]) oder welche sich während operativer Eingriffe auf Neoplasmen, die mit der Trachea zusammengewachsen sind, entwickeln.

7) Bei chronischen Stenosen des Larynx und des obersten Theiles der Trachea.

Die Intubation **kann** angewandt werden:

8) Bei jeder acuten Kehlkopfstenose diphtheritischer Natur.

Nachtrag.

Nachdem diese Arbeit geschrieben war, ist die Behandlung für die folgenden zwei Fälle abgeschlossen:

Fall 5. Jacob Anders wurde am 12. December 1891 um 8½ Uhr Morgens extubirt. Die Respiration war frei bis um 11 Uhr. Er sass im Bett und spielte, als er plötzlich empor sprang; bekam Erbrechen, wurde cyanotisch und starb im Laufe weniger Secunden.

Die Section ergab als Todesursache: Erstickung, durch Aspiration von Mageninhalt in dem stenotischen Larynx hervorgerufen.

Fall 6. Hans Edw. wurde am 9. Februar 1892 extubirt, nachdem er die Intubationscanüle beinahe ein Jahr getragen hat. Er hat sich seitdem wohl befunden. Schriftlichen Nachrichten vom 18. März 1892 zufolge ist seine Respiration vollständig frei, die Stimme wird besser und er frequentirt die Schule.

---

[2]) Meltzer: Intubation in Cases of foreign bodies in the air passages etc. Medical Record 1889, pag. 311.

[3]) O'Dwyer: Intubation for the removal of foreign bodies. Med. Record, October 1889, pag. 391.

[4]) Ref. von Rosenberg: Ueber Intubation des Larynx. Berliner klin. Wochenschrift No. 25, 1891. Separat-Abdruck pag. 7.

Digitized by Google

Zu E. Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.

Herr E. Berger in Paris, früher Privatdocent der Augenheilkunde in Graz, der Verfasser der bekannten Abhandlung über die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes, hat soeben eine Schrift über die „Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez etc." erscheinen lassen[1]), die zahlreiche Irrthümer und verkehrte Ansichten besonders auch hinsichtlich meiner eigenen Veröffentlichungen über diesen Gegenstand enthält. Auf Alles kann ich an dieser Stelle natürlich nicht eingehen und beschränke mich darauf, zwei besonders auffällige Behauptungen Berger's hier richtig zu stellen.

1) Auf S. 7 werden manche im Verlaufe von chronischen, obstruirenden Nasenkrankheiten auftretende Formen des Schielens und von Astigmatismus auf Arbeiten von M. Bresgen zurückgeführt und meiner eigenen gar keine Erwähnung gethan. Und doch hat Bresgen in seiner Besprechung dieser Frage (Deutsche Med. Wochenschr. 1884, No. 9, Wiener med. Presse 1887 u. a. a. O.) nur referirend sich verhalten und auf meine, in dieser Monatsschrift 1883, No. 2 — 4, erschienene Abhandlung über Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten, in welcher ich die durch künstliche Verstopfung einer Nasenhälfte bei jungen, rasch wachsenden Thieren zu erzielende Asymmetrie der beiden Orbitae eingehend besprochen und das oftmalige Vorkommen von Schielstellung und Astigmatismus bei mit einseitiger chronischer Nasenobstruction behafteten Personen zuerst hervorgehoben habe, ganz ausdrücklich und z. Th. mit wörtlicher Wiedergabe meiner Darstellung sich bezogen, und diese meine Arbeit allgemeinerer Aufmerksamkeit empfohlen. Ich habe selten ein Referat gelesen, worin man mehr als Bresgen sich bemüht hätte, das Verdienst eines Autors, mag dies nun gross oder klein sein, hervorzuheben, so dass es geradezu unbegreiflich ist, dass Herr Berger mich hier todtschweigen will.

2) Bei den durch Erkrankung der Oberkieferhöhle bedingten Augenleiden (S. 30) sagt Berger: „M. Ziem admet que le pus, en se collectant dans le sinus maxillaire, peut entraîner l'ectasie de ce sinus. Il considère le rétrécissement du champ visuel comme très vraisemblablement causé par la compression exercée sur le nerf optique, par la paroi supérieure du sinus, devenue ainsi proéminente" — und führt zum Beweise hierfür den von mir herstammenden Satz an: „dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben verlaufenden Nerv. opticus zu Stande kommen kann, ist allerdings wahrscheinlich." Diese Ansicht wird dann von Berger bekämpft: Windmühlen, Phantasiegebilde, Verehrtester! Aus meiner in der Berliner klin. Wochenschr. 1888, No. 37, erschienenen und auf Ihren Wunsch als Separat-Abdruck Ihnen zugegangenen Arbeit über Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen reissen Sie eine auf Erkrankung des Sinus sphenoidalis bezügliche Stelle heraus, verwerthen sie bei den Erkrankungen des Sinus maxillaris und beweisen dann, dass ich dummes

[1]) Paris, O. Doin, 1892.

Digitized by Google

Zeug behauptet habe! Der betreffende, übrigens schon in meiner Arbeit über Bedeutung und Behandlung der Naseneiterung, diese Monatsschrift 1886, No. 4, Seite 137, zu findende Satz heisst im Zusammenhang folgendermaassen: „Es sei hier erwähnt, dass auch eine Einschränkung des Gesichtsfeldes zur Differentialdiagnose zwischen einer Eiterung der Kieferhöhle und einer solchen der Keilbeinhöhle nur mit Vorsicht zu verwenden ist. Dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben verlaufenden Nerv. optic. zu Stande kommen kann, ist allerdings wahrscheinlich.“ Meine aus dem in No. 8, 1889 d. Monatsschr. beschriebenen Falle einem Theile der Leser gewiss bekannte, gleichgiltig ob richtige oder nicht richtige, jedenfalls aber nicht, wie die von Berger mir zugeschriebene, unsinnige Ansicht über das Zustandekommen der Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase oder des Sinus maxillaris ist vielmehr die, dass von den angeschwollenen Nasen- und Kieferhöhlenvenen, den Ethmoidales, der Infraorbitalis und Nasofrontalis eine collaterale Hyperämie, eine Rückstauung nach den Venen der Orbita und des Bulbus, vorzüglich auch des erectilen und dehnbaren Ciliarkranzes (vergl. hierüber Ziem in Virchow's Archiv 1891, Bd. 126, Seite 467) und im Gefolge des so bewirkten Ueberdruckes im Binnenraume des Bulbus eine Circulationsstörung auch in der Netzhaut entsteht.

Danzig, den 5. Mai 1892. Dr. Ziem.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Jahresbericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien 1890.)

Im Jahre 1890 erschienen im Ambulatorium 5040 neue Kranke, und zwar: 3075 Personen männlichen und 1965 Personen weiblichen Geschlechtes[1]).

Von den erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

bis zu	5	Jahren	. . . .	310	=	160 M.	+	150 W.
von	5—10	„	. . . .	393	=	183 „	+	210 „
„	10—20	„	. . . .	1100	=	613 „	+	487 „
„	20—30	„	. . . .	1196	=	776 „	+	420 „
„	30 - 40	„	. . . .	857	=	555 „	+	302 „
„	40—50	„	. . . .	598	=	390 „	+	208 „
„	50—60	„	. . . .	339	=	223 „	+	116 „
„	69—70	„	. . . .	180	=	122 „	+	58 „
„	70—80	„	. . . .	57	=	46 „	+	11 „
„	80—90	„	. . . .	10	=	7 „	+	3 „
			Summa:	5040	=	3075 M.	+	1965 W.

[1]) Die an der Klinik stationär behandelten Kranken sind in diesem Berichte nicht erwähnt.

Digitized by Google

Der Beschäftigung nach waren die Männer:

Aerzte 2, Agenten 64, Arbeiter 164, Bäcker 52, Bildhauer 16, Binder 4, Briefträger 7, Brauer 5, Buchbinder 8, Buchhalter 9, Büchsenmacher 3, Beamte 152, Comptoiristen 23, Commis 110, Conducteure 6, Drechsler 53, Diener 102, Fabriksarbeiter 33, Färber 10, Fleischhauer 41, Friseure 28, Giesser 3, Glaser 5, Händler 33, Hausknechte 25, Hutmacher 12, Ingenieure 10, Juristen 5, Kaufleute 76, Kellner 61, Kutscher 44, Lackirer 2, Landwirthe 29, Lehrer 47, Lehrlinge 33, Maler 12, Maurer 10, Metallarbeiter 28, Müller 10, Musiker 30, Schlosser 112, Schmiede 35, Schneider 119, Schriftsetzer 25, Schüler der Volksschule 30, Schuster 117, Seifensieder 2, Sicherheitswachleute 24, Spengler 11, Steinmetze 4, Studenten 115, Tagelöhner 96, Tapezierer 18, Tischler 75, Uhrmacher 4, Verschleisser 19, Wagner 8, Weber 5, Wirthe 24, Zeichner 3.

Von den Weibern waren:

Arbeiterinnen 51, Bäuerinnen 34, Handarbeiterinnen 169, Hebammen 7, Kleidermacherinnen 101, Köchinnen 38, Mägde 180, Schülerinnen 80, Lehrerinnen 19, Verschleisserinnen 8.

Von den übrigen Kranken war die Beschäftigung nicht angegeben worden.

Der Diagnose nach waren:

Diagnose[2]).	Männer.				Weiber.			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Fistula auris congenita	—	—	—	—	—	—	2	2
Missbildung der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	1	—	1
Neugebilde der Ohrmuschel	—	1	—	1	1	1	—	2
Künstliche Oeffnung an der Ohrmuschel	—	—	—	—	1	—	—	1
Acute nässende Flechte der Ohrmuschel	4	2	1	7	3	4	5	12
Chron. nässende Flechte der Ohrmuschel	2	—	—	2	—	3	4	7
Othaematoma	1	2	—	3	—	—	—	—
Ohrenschmalzansammlung	90	93	280	463	71	69	182	322
Fremdkörper im äusseren Gehörgange	14	16	—	30	14	14	—	28
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	43	30	18	91	36	20	4	60
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	19	23	18	60	14	22	10	46
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	3	1	3	7	1	1	1	3
Acute nässende Flechte des äusseren Gehörganges	4	4	2	10	1	3	6	10
Chronische nässende Flechte des äusseren Gehörganges	2	2	1	5	—	1	—	1
Bläschenflechte des äusseren Gehörganges	—	—	—	—	1	1	—	2
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges	—	—	—	—	—	—	4	4
Verengerung des äusseren Gehörganges	—	2	—	2	1	1	—	2

[2]) In diesem Berichte sind die Kranken nur mit derjenigen Krankheit aufgenommen, welche Gegenstand unserer Behandlung war

Digitized by Google

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Verschluss des äusseren Gehörganges	3	2	—	5	—	3	—	3
Exostosis des äusseren Gehörganges	1	2	1	4	—	—	—	—
Excoriationen des Trommelfelles	1	1	—	2	2	—	—	2
Traumatische Ruptur des Trommelfelles	2	13	—	15	1	4	2	7
Acute Entzündung des Trommelfelles	5	5	—	10	—	2	—	2
Narben des Trommelfelles	56	30	40	126	40	26	24	90
Atrophie des Trommelfelles	3	1	7	11	2	4	2	8
Kalkablagerung im Trommelfelle	17	13	7	37	6	10	4	20
Trockene Perforation im Trommelfell	26	20	8	54	5	10	6	21
Zerstörung des ganzen Trommelfelles	11	2	10	23	4	6	9	19
Acute catarrhal. Mittelohrentzündung	60	70	92	252	60	66	54	180
Chronische catarrhalische Mittelohr-Entzündung	83	48	660	831	53	56	367	476
Plastische Mittelohrentzündung	6	18	115	139	8	6	85	99
Plastische Mittelohrentzündung mit Labyrinth-Affection	2	1	5	8	—	—	2	2
Acute eiterige Mittelohrentzündung	90	70	40	200	62	60	40	162
Chronische eiterige Mittelohrentzündung	159	152	179	490	69	58	110	237
Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Polypenbildung	40	23	16	79	18	14	5	37
Caries und Necrose des Schläfenbeines	5	6	4	15	1	8	2	11
Periostitis mastoidea	4	5	1	10	2	3	—	5
Labyrinth-Affection	3	8	24	35	2	5	13	20
Nervöses Ohrtönen	1	1	4	6	1	—	6	7
Doppelhören (Diplacusis)	—	—	1	1	—	—	—	—
Taubstummheit	—	—	28	28	—	—	32	32
Rhinitis	1	—	3	4	1	1	8	10
Tonsillitis	—	—	2	2	—	—	—	—
Hypertrophia tonsillaris	—	—	3	3	—	—	5	5
Ozaena	—	—	1	1	—	—	2	2
Polypus nasi	—	—	1	1	2	—	2	4
Adenoide Vegetationen im Rachen	—	—	3	3	—	—	2	2
Summa:	3075				1965			
	5040							

Neugebilde der Ohrmuschel.

Von den drei Fällen zeigte einer eine Warze am Rande der Muschel; die Neubildung wurde mit der Scheere weggenommen und der Wundrand mit Lapis touchirt. Heilung in wenigen Tagen.

Der zweite Fall war ein Atherom am Lobulus. Die Ausschälung gelang sehr leicht. Die Heilung erfolgte in kurzer Zeit.

Der dritte Fall betraf eine 52 Jahre alte Patientin mit einem wallnussgrossen Fibrome an der hinteren Fläche der Ohrmuschel. Die Haut über der Geschwulst war leicht verschieblich, sehr dünn, von zahlreichen Venen durchzogen. Der Tumor selbst konnte ebenfalls, wenn auch nur in geringem Maasse, nach allen Richtungen verschoben werden. Das Hörvermögen der Patientin war nahezu normal, die beiden Trommel-

Digitized by Google

felle zeigten keinerlei erheblichere Veränderung. Die Operation, bei welcher ein Stück der deckenden Cutis weggenommen wurde, ging sehr leicht von Statten. Darnach wurde die Wundhöhle desinficirt, die Wundränder durch Naht vereinigt und mit Jodoformgaze verbunden. Der Verlauf der Wundheilung war ein sehr günstiger. Nach einem einmaligen Verbandwechsel erfolgte Heilung mit Zurücklassung einer schönen linearen Narbe.

Othaematoma.

Bei einem der drei Kranken, es war ein 6 Jahre alter Knabe, hatten wir es mit einem vor einem Jahre entstandenen traumatischen Othaematoma zu thun. Der Knabe hatte sich ein Jahr früher durch Auffallen auf eine Tischkante am linken Ohre eine Verletzung zugezogen, nach welcher eine Deformität an der Ohrmuschel zurückblieb, die bei Einwirkung von Kälte oder eines anderen Reizes schmerzhaft wurde und dabei anschwoll. Bei der Untersuchung zeigte sich an der oberen Hälfte der Ohrmuschel ein circa wallnussgrosses, derbes, mit entzündeter Cutis bedecktes fibröses Neugebilde, wie es gewöhnlich nach schlecht geheilten Othaematomen zurückbleibt. Es gelang in diesem Falle durch energische Wärmeentziehung die Entzündungserscheinungen, deren wegen Pat. Hilfe suchte, zu beseitigen und die Geschwulst wesentlich zu verkleinern.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media. Von Dr. Arno Scheibe. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 14, 1892.)

Die auffallende Häufung von Mittelohrentzündungen mit besonderen Symptomen während der Influenza-Epidemie veranlasste schon vor zwei Jahren den Verfasser, im Ohre den Erreger der Influenza zu suchen. Er fand damals in allen frischen Fällen Bacillen von verschiedener Grösse und Gestalt, zumeist frei im Serum liegend, in um so grösserer Menge, je schneller der Ausbruch der Otitis dem der Influenza gefolgt war, im weiteren Verlaufe meist an Zahl rasch abnehmend. Nur die absterbenden Formen wurden durch das Gram'sche Verfahren entfärbt. Bei der genuinen Otitis media purulenta fehlten die Stäbchen. Dieselben Erfahrungen wiederholten sich während der diesjährigen Influenza-Epidemie. Diese Thatsachen, sowie der Umstand, dass die beschriebenen Stäbchen sich nicht nach den gewöhnlichen Methoden züchten liessen, spricht für ihre Identität mit den Influenza-Bacillen von Pfeiffer, Kitasato und Cauon. Die von jenen gezüchteten Influenza-Bacillen werden zwar als viel kleiner beschrieben, doch sah Sch. auch Präparate aus Reinculturen, welche Stäbchen von derselben Grösse wie die seinigen zeigen, welche er wegen der bei stärkerer Vergrösserung sichtbaren Einschnürungen für Degenerationsformen hält. Das schnelle Zustandekommen derselben wird daraus erklärt, dass die Otitis nicht während, sondern erst nach der Höhe der Allgemeininfection auftritt. Dr. Hitschmann.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Nasenschleimhaut. Von Dr. Hermann Suchanek, Privat-Docent in Zürich. Mit einer Abbildung. (Anatom. Anzeiger, VII. Jahrgang [1892], No. 2.)

A. Ueber eosinophile, geblähte Drüsenzellen beim Menschen.

In der Regio olfactoria und respiratoria existiren Drüsenzellen, welche um die Hälfte oder sogar noch einmal so gross, als die gewöhnlichen ruhenden Zellen, in ungefärbtem Zustande leicht gelblich, fein gekörnt und empfindlich gegen saure Anilinfarbstoffe sind. Charakteristisch für sie ist die Lage des Kernes im Centrum oder in der oberen Hälfte der Zelle. Ist die Körnung undeutlich, so macht sie die Behandlung mit alcohol-wässriger Eosin- oder Congolösung evident. Die Zellen geben weder Mucin-, noch Amyloidreaction, sind resistent gegen Wasser, Alcohol und fettlösende Medien.

Sie fanden sich in der Tunica propria, dem Epithel des Ausführungsganges, sogar einmal im Epithel einer Einbuchtung der Mucosa. Trotz der Volumszunahme bleibt die Form der Cylinder- resp. Flimmerzellen unverändert. Da Verf. diese Blähung bei Rhinitis chronica, Ozaena gen., Lupus, polypoider Degeneration, echter Schwellkörperbildung und an mikroskopisch fast unveränderten Stellen fand, möchte er über die Dignität der Zellen noch kein Urtheil aussprechen.

B. Pigmentirte menschliche Bowman'sche Drüsen.

Trotz einer grösseren Anzahl untersuchter Fälle wurde mir zwei Mal in einigen Tubulis ausgesprochenes, goldgelbes, körniges Pigment beobachtet, und zwar einmal in einer makroskopisch gesunden Schleimhaut eines an Meningitis traumatica in den dreissiger Jahren stehenden, dann in einer hyperämischen Schleimhaut eines 58jährigen, an Typhus gestorbenen Mannes.

Verf. hält diese, von ihm an den peripheren Enden der Stützzellen älterer Leute öfter constatirte Pigmentirung für eine frühzeitige Altserscheinung.

C. Ueber zellige Einschlüsse in acinösen und tubulösen Drüsen.

Bei Rhinitis chronica finden sich im Lumen der Tubuli der Schleimdrüsen in der Regio olfactoria nur selten Mucinballen oder streifige, die Hämatoxylinreaction gebende Secretmassen, in der Regio respiratoria dagegen sehr häufig. Dort findet man auch oft geformte Elemente, namentlich bei Ozaena und hartnäckigen Rhinitiden, und zwar zumeist Leukocythen aus dem adenoiden Gewebe der Umgebung, worauf die Kernformen hinweisen. Andere, die Lumina der Tubuli erfüllende Zellklumpen scheinen, nach den Kernen zu schliessen, dem Drüsenepithel zu entstammen, in noch anderen Einschlüssen kann man ein Lumen erkennen, sodass gewissermassen ein Alveolus in alveolo zu Stande kommt. In der schnellen Regeneration des in toto abgestossenen Epitheles eines Tubulus findet Verf. den Hauptunterschied der acuten Rhinitis gegenüber, die mit der Desquamation einzelner Drüsenzellen einhergeht.

Digitized by Google

D. Ueber Metaplasien des Nasenschleimepitheles.

Die pathologischen Epithelmetaplasien sind die Reaction des Epithels auf häufige Reize. Das so vielen Insulten durch Fremdkörper und Microorganismen ausgesetzte Flimmerepithel der Nasenschleimhaut wird darum selbst in anscheinend gesunden Nasenhöhlen oft verändert gefunden.

Im Anschlusse an frühere Arbeiten über die Umwandlung des menschlichen Riechepitheles in respiratorisches und über die primäre Atrophie der Riechzellen wird mitgetheilt, dass die Metaplasie des Epitheles in der Regio respiratoria meist mit Vermehrung der untersten Zelllagen, mit Verwandlung der Basal- und Ersatzzellen in spindelförmige oder in kubische oder polygonale Gebilde beginnt. Durch Druck der umgewandelten Zellen bleiben von den Flimmer- resp. Cylinderzellen nur Reste in Form einer auf dem senkrechten Durchschnitte dreieckigen, kernhaltigen Zelle übrig, welche ihre Flimmern verliert, sich in die Breite streckt und so zur platten Zelle wird. Dr. Hitschmann.

Beitrag zur Frage von der Specificität der Zellen in der thierischen und menschlichen Riechschleimhaut. Von Privatdocent Dr. Hermann Suchanek in Zürich. (Anatomischer Anzeiger VI. Jahrgang [1891], No. 7.)

Die vor Jahren von S. Exner aufgestellte und jüngst von Preorbaschensky gestützte Lehre von der Gleichwerthigkeit der bisher scharf unterschiedenen Stütz- und Riechzellen in der Riechschleimhaut wird auf Grund folgender Thatsachen angefochten.

Trotz Anwendung verschiedener Darstellungsmethoden (die von Ehrlich und von Golgi sind ausgenommen) konnte Verfasser keinen Zusammenhang zwischen Epithelzellen und Nervenendigungen constatiren.

Vom vergleichend-anatomischen Standpunkte aus wird geltend gemacht, dass gerade bei den mit Geruchsschärfe begabten Säugethieren die Riechzellkernzone mehr als doppelt so stark wie bei dem viel geruchsstümpferen Menschen entwickelt ist.

Chemisch unterscheiden sich die Riechzellen von den Stützzellen dadurch, dass erstere bei allmähliger Temperaturerhöhung viel früher ihr Absterben durch mangelhafte Tinctionsfähigkeit kundgeben.

Bei primärer Atrophie der Riechschleimhaut nimmt nur die Zahl der Riechzellen bis zum völligen Schwund ab.

Bezüglich der Kenntniss der normalen Riechschleimhaut ist zu bemerken 1) dass auf eine gleichmässige Vertheilung des Sinnesepithels beim Erwachsenen nicht mehr zu rechnen sei, 2) dass sich dasselbe durch einen breiten glasigen peripheren Protoplasmasaum, 3) durch Pigmentation der peripheren Enden der Stützzellen und 4) durch die Anwesenheit der vom Verfasser entdeckten „Glockenzellen" auszeichne. Der Befund dieser Glockenzellen, so wie der characteristischen oft pigmentirten Stützzellen kennzeichnet die, wenn auch atrophische Regio olfactoria, selbst nach dem zu Grunde gehen aller Riechzellen. Dr. Hitschmann.

Digitized by Google

Zufälle, nach Nasenoperationen eintretend. (Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intranasales.) Von Dr. M. Lermoyez. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

In Anbetracht des Gefässreichthums und der zahlreichen, sich in der Nase befindenden Microben sind diese Zufälle relativ nicht selten. Selbe können infectiöser Natur sein (diffuse Rhinitis, submucöser Abscess, Diphtheritis der Wunde, Conjunctivitis, Otitis media, Amygdalitis, Meningitis, Arthritis, Pyohämie, operative Scarlatina), oder sie sind nervöser Art (Neuralgie, Migräne, Schwindel, Ohnmacht, Asthma, Sehstörungen, Spasmus glottidis, Morbus Basedowi, Depression), oder sie sind mechanischer Art (Blutung, bleibende rothe Nase). Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Pharynxparästhesie. (De la paresthésie du pharynx.) Von Dr. Brébion. (Congrès international d'otol. et de laryngologie. Paris, September 1889.)

Meist die Folge von Nasalleiden; Verf. giebt ein neues Beispiel als Beleg. Boucheron glaubt, es sei meistens ein Rheumatismus der glatten Muskelfasern des Pharynx, welcher diese Gefühle hervorbringe. Hicquet behauptet, die Ursache der Parästhesie sei in dem Bestehen der Pharyngitis lateralis zu suchen. Dr. P. K.

Rundes Pharynxgeschwür (Ulcère rond du pharynx.) Von Dr. Henrot. (Société médicale de Reims und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein dem runden Magengeschwür ganz ähnliches sass am Pharynx, heilte auch durch einfache Expectation. Dr. P. K.

Infectiöse Pharynxphlegmone. (Phlegmon infectieux du pharynx.) Von Dr. Culot. (Société médicale des hôpitaux de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Schneller Verlauf, Todesgefahr (39 Grad Fieber, Albuminurie, Dyspnoe), Auswurf fötiden Eiters. Recidive, Lebensgefahr von Neuem, Eröffnung in der Regio subclavicularis, Heilung. Dr. P. K.

Halsweh in Wellington College. (Wellington college sore-throat.) Von Dr. Barford. (Lancet 1892, pag. 275 u. 716.)

Verf. unterscheidet zwei Formen der Krankheit, die eine die diphtherische, die andere die septicämische. Letztere stellt er zusammen mit dem früher oft beobachteten Hospital sore-throat, welcher gewöhnlich ein Vorläufer von Erysipel war. Beide finden nach Verf. ihre Ursache in Infectionen, welche in einem benachbarten Thal z. B. aufgefangen wurden. Zwei Personen welche dort gefrühstückt hatten, bekamen Diphtherie, eine andere aus demselben Platz eine schwere Septicämie des ganzen Körpers. Drei Personen bekamen in einer sonst ganz freien Zeit Diphtherie in der Anstalt. Es fand sich, dass sie alle drei in einer bestimmten Ecke eines Zimmers längere Zeit zu thun hatten. In der Ecke wurde nachgeforscht und eine fehlerhafte Drainageröhre gefunden.

Digitized by Google

(Derartige Fälle werden ja aus England immer und immer wieder berichtet. Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Beobachtung ein grosses practisches Interesse hat, sei es nun, dass die Krankheitskeime direct da aufgesammelt werden, sei es, dass solche Ausströmungen der Canäle den Organismus so schwächen, dass die Keime leichter Eingang finden. Ref. hat auch einige Fälle gesehen, welche sehr für die englische Ansicht sprechen. Sicher ist aber, dass es auch sehr viele giebt, in welchen eine solche Dispositions- oder Infectionsursache nicht nachzuweisen ist.) Dr. M. Schm.

Eingebildete Fremdkörper im Halse. (Imaginary foreign bodies in the throat.) Von Dr. Max Thorner (Cincinnati). (New-York med. Journ. 1890, 25. Jan.)

Verf. unterscheidet drei Arten: 1) Wenn ein Fremdkörper, der in den Hals gerathen, dort eine Empfindung seiner Anwesenheit zurücklässt, 2) wenn eine pathologische Veränderung im Halse Anlass zu der Empfindung giebt, 3) wenn die Empfindung der Ausdruck einer entfernteren Ursache ist und keine der eben genannten Ursachen vorhanden ist. In dem ersten Falle muss man sich durch eine genaue Untersuchung vergewissern, dass der Fremdkörper nicht mehr vorhanden ist, denn die Fälle, dass man ihn nicht finden kann, sind sehr selten. Die zweite Art ist oft abhängig von den Mandeln, Concretionen in denselben, von der Tonsilla lingualis etc. Auf die Entstehung der dritten Art haben Verdauungsstörungen und Neuralgien, durch verschiedene Ursachen hervorgerufen, einen grossen Einfluss. Da die Erkrankung die Befallenen oft zur Melancholie treibt, so hält Verf. eine unschuldige Täuschung der Kranken für erlaubt. So hat er in einem Fall, in welchem der Kranke behauptete, dass er einen Knochen in dem hinteren Theil der Nase habe, demselben gesagt, dass er ihm eine den Knochen auflösende Arznei geben wolle und dann mit Bromkali Heilung erzielt.

Dr. M. Schm.

Syphilitisches, perforirendes Geschwür der hinteren Rachenwand; Anfressen der Carotis interna. Tod. (Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx. Ulcération de la carotide interne. Mort.) Von Dr. Raulin. (Annales de policlin. de Bordeaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Mangelhafte antisyphilitische Behandlung; plötzlicher Tod.

Dr. P. K.

Einfluss der Physiologie auf die Gesanglehre. (De l'influence de la physiologie sur l'enseignement du chant.) Von Dr. Nuvoli. (Congrès international d'otol. et de laryngol. Paris, September 1889.)

Der Gesang ist die Resultante dreier Functionen, welche einzig und allein von Muskelbewegungen abhängen. Will man künstlerisch einen oder mehrere dieser Muskeln gebrauchen, so muss man lernen, diese Muskelbewegungen zu coordiniren, um einen unnützen Aufwand von Kräften zu vermeiden. Es entstehen wirkliche Krämpfe, wenn man die Muskeln nicht regelrecht erzieht; diese Muskelcontractionen müssen zu diesem Zwecke vereinfacht, zertheilt, verbessert und dem Willen unter-

Digitized by Google

worfen werden. Die 3 Apparate der Stimme, nämlich das Ansatzrohr (Mund und Pharynx — Articulation), der Larynx (Bildung der Töne) und der Respirationsapparat (Thorax und Lungen; Gebläse) müssen ausgebildet werden. Zuerst muss der Mundrachenraum dem Instincte entzogen und dem Willen unterworfen werden. Man muss diesen Raum für jeden Ton anders gestalten, jeder Ton muss der Reihe nach mit der ganzen Serie der Vocale gesungen werden. Bei der Erziehung des Larynx muss man die Töne rein hervorbringen, man muss selbe unter einander verbinden und sie richtig, in Bezug auf ihre Höhe, erhalten; in Bezug auf die Variationen muss man die Tonleiter und ihre Intervallen richtig einhalten; dabei muss die Erziehung des Mundrachenraumes auf der Höhe ihrer Ausbildung erhalten bleiben. Drittens muss man die Inspirationen und die Exspirationen bemessen; die Exspiration wird verlängert, um den Ton zu verlängern und anzuhalten; sie wird verstärkt, um den Ton zu verstärken. Das Inspirium zu verlängern, ist viel schwieriger. Dr. P. K.

Eintheilung der Sprachstörungen. (Classification des troubles de la parole.) Von Dr. Chervin. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Die Sprache kann mit einer telegraphischen Depesche verglichen werden: Man muss wissen, was man telegraphirt; man muss mit einander in Verbindung stehende Transmissionsapparate besitzen; drittens muss man einen guten Einregistrirungsapparat haben. Verfassers Eintheilung beruht auf der Physiologie: 1) man muss denken, das heisst die Ideen ausarbeiten; hier können die Störungen permanent sein (Idiotismus, Geisteskrankheiten) oder vorübergehend (Zorn, Aengstlichkeit, Gemüthsbewegung); 2) Uebertragung der Ideen zu den Organen, welche zusammensetzen und die Ideen coordiniren; hier können organische Störungen vorhanden sein (Aphasie, Worttaubheit, Wortblindheit, Agraphie) oder nicht nachweisbare (Stottern); 3) Articulation der Worte durch den Phonationsapparat; hier können organische Läsionen vorhanden sein (Hasenscharte, Fehlen der Zunge, Lähmung des Mundes, Spaltung des Gaumens) oder blos nicht nachweisbare Functionsstörungen (Lispeln mit seinen Abarten). Dr. P. K.

Zur Lehre der primären Neuritis des Recurrens. (Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du recurrent.) Von Dr. Massei. (Congrès internat. d'otol. et de laryngol. Paris, Septbr. 1889.)

Charcot, Friedreich und Vulpian haben deren Bestehen bewiesen. Motilitätsstörungen der Stimmbänder und Fehlen centraler Erkrankungen oder solcher, welche die Recurrentes drücken können, sind die Hauptbedingungen, will man eine Neuritis diagnosticiren. Die Folgen einer Neuritis lassen sich im Spiegel sehen; man sieht dann, dass sie verschiedener Natur sein können. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Diphtheritis. (De la diphthérie.) Von Dr. J. Simon. (Bulletin médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Das Aufsuchen des Klebs'schen Bacillus ist für die Diagnose von der grössten Wichtigkeit; er verlangt besondere Laboratorien zu diesen Untersuchungen. Ref. stimmt Verf. bei. Dr. P. K.

Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage. (Diphtheria arising from faulty drainage.) Von Dr. H. Mallins. (Lanc. 1892, 12. März.)

Verf. erzählt den Fall eines 10jährigen Jungen, welcher sonst keiner Ansteckung ausgesetzt war und der in einem Zimmer schlief, welches mit einer Abtrittsgrube durch eine fehlerhafte, zerbrochene Drainageröhre direct im Zusammenhang war. Es erkrankte kein weiteres Glied der Familie. Dr. M. Schm.

Uebertragen der Diphtheritis von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. (Propagation de la diphthérie du pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant.) Von Dr. Bilhaut. (Bulletin de la société de médecine de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Diese Contagiosität ist bewiesen, obgleich die Microben nicht ebendieselben zu sein scheinen. Dr. P. K.

Der Schlingact und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. Von Dr. Leop. Réthi in Wien. (Sitzungsber. der Kaiserl. Academie der Wissenschaften in Wien, mathem.-naturw. Classe, Bd. C, Abth. III, October 1891.)

Exner hat die Thatsache verzeichnet, dass Kaninchen mit doppelseitiger Durchschneidung der Nervi laryngei medii nicht am Leben erhalten werden können. Die Erklärung hierfür zu geben, hat R. veranlasst, äusserst mühevolle und sinnreiche Untersuchungen und Versuche an Menschen und Thieren anzustellen, welche sich insbesondere auf das Verhalten des Kehldeckels, der Arytänoidknorpel und des unteren Rachenabschnittes, sowie des retropharyngealen Zellgewebes während des Schlingactes beziehen, und kommt er nach ausführlicher und eingehender Erwähnung und Würdigung der Ansichten, Erfahrungen und Experimente der Autoren älterer, neuerer und neuester Zeit zu folgenden Resultaten: Die Schluckmasse wird, nachdem ihr der Weg nach vorne durch Andrücken der Zungenspitze an den Gaumen abgesperrt ist, durch die Thätigkeit der Mm. mylohyoidei unter hohem Druck nach hinten verdrängt, der weiche Gaumen gehoben, durch die combinirte Bewegung des M. levator palati mollis und des M. palato-pharyngeus an die, in Folge der Contraction des M. constrictor pharyngis super. nach vorne vorspringende hintere Rachenwand angedrückt und der Nasenrachenraum luftdicht vom Schluckcanal abgesperrt. Der Kehlkopf wird nach vorne und oben gehoben, die Zunge durch die Thätigkeit der Mm. hyoglossi nach hinten unten gezogen, in Folge dessen der untere Theil der Epiglottis auf den Kehlkopfeingang niedergedrückt, während überdies der Bissen den Rand des Kehldeckels nach unten drängt und der Kehlkopfeingang jedenfalls ohne bedeutende active Betheiligung der Mm. thyreo- und aryepiglottici verschlossen. Die Adductoren des Kehlkopfes, die

Digitized by Google

Mm. cricothyreoidei mit inbegriffen, treten in Function, die Glottis wird geschlossen und die Spitzen der Cartilagines arytänoideae nach vorne geneigt; vorher schon wird die hintere Rachenwand durch die Thätigkeit der Mm. stylo-pharyngei, die oben vom N. stylo-pharyngeus und unten beim Hunde und Kaninchen vom N. laryngeus med. versorgt werden, nicht nur oben, sondern namentlich auch unten, in der Höhe der Arytänoidknorpel nach hinten aussen gegen das lockere, retropharyngeale Gewebe hin ausgebuchtet, und dem Bissen, der unter grossem Druck aus der Mundhöhle nach hinten geschleudert wird, unter Mithilfe der Saugbewegung des Rachens, der Weg hinter dem Vestibulum laryngis gegen den Oesophaguseingang gewiesen, während gleichzeitig ein etwaiger mangelhafter Verschluss des Kehlkopfeinganges durch die Aspiration und die Entfernung des Inhaltes aus demselben unschädlich gemacht wird. Diese Druckverminderung, der die Ablenkung des Bissens vom Kehlkopfe nach hinten zum Theile zu verdanken ist, trägt nebst den anderen Schutzvorrichtungen, wie Verschluss des Kehlkopfeinganges, der Glottis, Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut und Unterbrechung der Athmung während des Schlingens, wesentlich dazu bei, den Organismus vor den Gefahren des Verschluckens zu schützen. Hierauf folgt dann die peristaltische Bewegung des Pharynx, durch welche zurückbleibende Speisereste in den Magen befördert werden.

Dass die Durchschneidung der beiden Nervi laryngei medii eine tödtliche Verletzung bildet, findet in dieser Weise seine Erklärung.

Beschorner.

Totale Kehlkopfexstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis. Oesophagoplastik. Ein neuer Sprechapparat. Von Hochenegg. (Wiener klin. Wochenschrift No. 193.)

Bei einem 54jährigen Brauer hatte sich eine rasch wachsende Geschwulst an der rechten Halsseite gebildet, die sich der lateralen Seite des Kehlkopfes anlagerte. Die laryngoscopische Untersuchung ergab ausserdem, dass die rechte Aryfalte, das rechte Stimm- und Taschenband von einem kleinhöckerigen, weisslichen Tumor eingenommen waren. Da es sich offenbar um Carcinom des Larynx mit carcinomatöser Infiltration der tiefen Halslymphdrüsen handelte, so wurde zunächst die Exstirpation der letzteren ausgeführt, wobei 6 Ctm. der Jugularis interna und der rechte Schilddrüsenlappen, die verwachsen waren, resecirt wurden. Bei der sich gleich anschliessenden Kehlkopfresection musste noch die rechtsseitige Wand des unteren Theiles des Pharynx und des oberen Theiles des Oesophagus in 4 Finger Breite mitentfernt werden, so dass als Verbindung des Pharynx mit dem Oesophagus nur ein 8 Ctm. breiter Schleimhautstreifen übrig blieb. Zur Bildung eines neuen Oesophagus schlug Verf. die beiden seitlichen Hautlappen an die Wunde und vernähte sie sowohl mit der Durchtrennungsfläche des Pharynx und des Oesophagus, als auch mit den Rändern des Schleimhautstreifens. Späterhin schritt Verf. zum zweiten Akt der Oesophagoplastik und führte den definitiven Verschluss der Speiseröhre und die Bildung der vorderen Speiseröhrenwand aus. Um nun Pat. das Sprechen zu ermöglichen, bestand die Aufgabe, die zum Sprechen nöthige Luft von aussen gegen die unteren Theile der Mundhöhle zu leiten und an dem diesen Zweck erfüllenden Schlauch eine Sprech-

Digitized by Google

pfeife anzubringen. Zu diesem Zweck liess Verf. einen Blasebalg construiren, welchen der Pat. an seiner linken Thoraxseite anschnallt und durch gleichmässiges Abduciren des Oberams füllt, durch Andrücken an den Thorax entleert. Vom Blasebalg gelangt die Luft nach oben durch einen Schlauch, an dessen Ende die Sprechpfeife angebracht ist. Dieser wird, will Patient sprechen, an ein durch die rechte Nasenhöhle durchgeführtes Rohr angesteckt, dasselbe führt bis an das Niveau des weichen Gaumens. Beim Sprechen wird nun der durch Abduction des Armes gefüllte Blasebalg durch die Adduction desselben entleert, wodurch die Sprechpfeife zum Ertönen gebracht, der Ton durch das Rohr in die Nase gegen die hintere Parthie der Mundhöhle geleitet und von da bei gleichmässiger durch Zunge und Lippen geleisteter Wortbildung aus dem Munde herausgetrieben wird. Pat. war im Stande, mit diesem Apparat laut und vernehmlich Worte auszusprechen. W. Lublinski.

Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. (Clinical lectures on stricture of the oesophagus with fourteen illustrative cases in four of which gastrotomy was successfully performed.) Von Dr. David Newmann (Glasgow). (Lancet, 2. und 9. Januar 1892.)

Die Schwierigkeit in der Diagnose ist vorhanden in Fällen von Aneurysma der Aorta, mediastinalen Tumoren, vergrösserten Lymphdrüsen, Exostosis oder Krümmungen der Wirbelsäule, da diese auch durch Druck oder, indem sie Verdrehung der Speiseröhre bewirken, erhebliche Beschwerden beim Schlucken machen können. Verf. unterscheidet 4 Arten von Stricturen: die durch maligne Neubildung, durch gutartige Tumoren, die organische und die spasmodische. Unter 510 Fällen waren 40 pCt. zwischen 45 und 55 Jahre alt, und nur 10 pCt. Frauen. Langdauernde Reizungen an den engeren Stellen durch das Schlucken grösserer Brocken sind ätiologisch wichtig. Deshalb finden sich die Carcinome auch besonders dicht unter dem Kehlkopf, wo die Speiseröhre eine engere ist, und an der Kreuzungsstelle mit der Aorta hinter der Bifurcation der Trachea und beim Durchtritt durch das Zwerchfell. Harte Carcinome, Scirrhus können sehr lange bestehen, ohne das Leben zu gefährden. Weiche haben einen acuten Verlauf. Colloide sind sehr selten.

Bei den in der Höhe der Bifurcation sitzenden Carcinomen tritt die Schluckbehinderung langsam ein. Sein Fall 5 starb unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Section zeigte, dass das Carcinom in die Aorta perforirt hatte, und dass eine Blutung in den Magen und den Darm stattgefunden hatte. Bei den an dieser Stelle gelegenen Verengerungen muss man mit dem Sondiren besonders vorsichtig sein, wegen der Nachbarschaft der Aorta. Verf. legt einen grossen Werth auf die Lähmung des Recurrens, welche sehr für Aneurysma spräche. Nach ihm sind 19 von 20 Fällen von Lähmung des Nerven durch Aneurysma bedingt! Deshalb soll man zweifelhafte Fälle als Aneurysma behandeln. Das Hungergefühl verliert sich bei den Kranken nach und nach. Schmerz beim Schlucken findet sich nur bei den hoch oben gelegenen. Er empfiehlt, beim Sondiren mit den dicksten Nummern von Bougies zu beginnen.

Man kann eine narbige Strictur erweitern durch allmählige oder

Digitized by Google

gewaltsame Dehnung, durch die Wirkung von Schwellkörpern (tents), durch Electrolyse und durch innere Oesophagotomie. Man soll nur alle drei Tage oder noch seltener sondiren, nie mit Gewalt. Wenn die Sondirung Schmerzen macht, so soll man ein paar Tage nur durch den Mastdarm ernähren. Bei bösartigen Stricturen führe man eine dünne, weiche Röhre, wo möglich durch die Nase ein und lasse sie liegen, der Kranke fühlt nur 2 Tage die Unbequemlichkeit. Sie braucht nicht bis in den Magen zu reichen, nur durch die Verengerung. Von Zeit zu Zeit nehme man sie für einige Stunden heraus. Er hat bei Carcinomen auch schon weiche kurze Dauercanülen eingeführt und lange liegen lassen. (Die Leyden'schen erwähnt er nicht.) Gewaltsames Erweitern verwirft er, dagegen empfiehlt er Tupelostifte, welche in geeigneter Weise an ein Bougie befestigt sind. Electrolyse soll mit 5 Milliamperes angefangen und höchstens auf 10 gesteigert werden, 10 Minuten lang. Seine Erfahrungen darüber seien noch zu gering. Er verwirft auch die innere Operation als zu gefährlich und unnöthig. Er bespricht dann noch kurz die Oesophagotomie mit Erweiterung der Strictur und die retrograde Oesophaguserweiterung nach Gastrotomie, dann die äussere Oesophagotomie. Besonders zu empfehlen sei sie bei Fremdkörpern in den obersten Theilen der Speiseröhre. Bei Stricturen soll man, wenn dieselben nicht mit einer Sonde passirt werden können, zur Gastrotomie schreiten. Die Exstirpation eines Krebses ist höchstens in dem Falle gestattet, dass der hinter dem Kehlkopf liegende Krebs nur die Schleimhaut ergriffen und keine Drüsen inficirt sind. Die Gastrotomie soll zweizeitig gemacht werden, die Hahn'sche Methode zwischen 8. und 9. Rippe hält er auch für empfehlenswerth.

Sarcom sei sehr selten primär, meist von den Lungen oder dem Kehlkopf oder Struma oder Drüsen secundär. Benigne Tumoren sind auch sehr selten. Es seien Cysten, Fibrome, Adenome, Papillome und Lipome beschrieben. Er zeigt einen Fall von Myxom. Ein Fall von Papillom, das nur halb so gross war wie eine Traubenbeere, machte erhebliche Beschwerden im Schlucken, weil es so hoch oben inserirt war; tiefere machen nicht solche Beschwerden, da der Oesophagus sich erweitert. Nach dem Schlucken von chemischen oder sehr heissen Tränken tritt zuerst sehr heftiger Schmerz auf, der nachher nachlässt und einem leichteren Schlucken Platz macht, vielleicht für Wochen, und dann kommen erst die Beschwerden vom Vernarben. Die Strictur kann nur eine kurze Strecke des Oesophagus befallen haben oder die ganze Länge. In einem Fall war die Stenose nach 7 Wochen schon so, dass das Einführen von dünnen Sonden auch der Schmerzen wegen unmöglich war. Der Kranke bekam dann 10 Tage Rectalernährung und dann konnte die Sonde Nummer 8 und bald dickere eingeführt werden. Organische Stricturen werden meist leicht durch die Anamnese festgestellt und durch die Abwesenheit von Drüsenschwellungen. (Die sind doch bei Carcinom des Oesophagus recht selten zu finden. Ref.). Syphilis kann durch Gummigeschwülste und Narben zur Stenose führen. Spasmodische Stricturen kommen allein sehr selten vor, mit Verengerungen öfter. Die Kranken sterben zu zwei Dritteln an Erschöpfung, ein Sechstel an Lungengangrän, die Uebrigen an Pleuritis, Peritonitis, ein ganz kleiner Theil an Perforation in das Herz und die Blutgefässe. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Larynxfractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Clarac. (Gazette des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2. 1891.)

Am vierten Tage nach dem Unfall starb Patient an hochgradigem Hautemphysem, währenddem man die Tracheotomie ausführte. Die Dyspnoe war erst am vierten Tage aufgetreten; ein Beweis, dass man bei Larynxfractur auch bei nicht bestehender Dyspnoe gleich operiren soll.

Dr. P. K.

Tracheotomie und Laryngotomia intercricothyroidea. (Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. J. Charazac. (Congrès internat. d'otol. et de laryngol. Paris, Septbr. 1889.)

Die Tracheotomie beim Erwachsenen ist eine schwere Operation (?), die Laryngotomie im Gegentheile ist eine leichte Operation; letztere soll also vorgezogen werden, wenn man freie Wahl hat. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Laryngotomie muss jedes Mal vorgezogen werden, wenn die Region unter den Stimmbändern frei ist und wenn die Krankheit keine Neigung hat, in diese Region überzugreifen. 2) Bei primärem Larynxkrebs soll man lieber die Tracheotomie machen; bei diffusem, die Umgebung des Larynx ergreifendem Krebs macht man besser die Laryngotomie. 3) Bei Narbenstenosen ist die Dilatation leichter und erfolgreicher nach gemachter Tracheotomie; man soll in letzterem Fall also die Tracheotomie ausführen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Cohnstädt: Beitrag zur Tuberculose des Labyrinths. — Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori (Schluss). — Meyjes: Ein Fall von geheilter Chorea laryngis. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Schluss). — Ziem: Zu E. Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. — Scheibe: Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media. — b) Rhinologische: Suchanek: Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Nasenschleimhaut. — Suchanek: Beitrag zur Frage von der Specificität der Zellen in der thierischen und menschlichen Riechschleimhaut. — Lermoyez: Zufälle, nach Nasenoperationen eintretend. — c) Pharyngo-laryngologische: Brébion: Ueber Pharynxparästhesie. — Henrot: Rundes Pharynxgeschwür. — Culot: Infectiöse Pharynxphlegmone. — Barford: Halsweh in Wellington College. — Thorner: Eingebildete Fremdkörper im Halse. — Raulin: Syphilitisches, perforirendes Geschwür der hinteren Rachenwand; Anfressen der Carotis interna. Tod. — Nuvoli: Einfluss der Physiologie auf die Gesanglehre. — Chervin: Eintheilung der Sprachstörungen. — Massei: Zur Lehre der primären Neuritis des Recurrens. — Simon: Ueber Diphtheritis. — Mallins: Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage. — Bilhaut: Uebertragen der Diphtheritis von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. — Röthi: Der Schlingact und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. — Hochenegg: Totale Kehlkopfexstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis. Oesophagoplastik. Ein neuer Sprechapparat. — Newmann: Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. — Clarac: Larynxfractur. — Charazac: Tracheotomie und Laryngotomia intercricothyroidea.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Juni 1892.** **No. 6.**

I. Originalien.

Ein bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgekommenes seltenes Verhältniss

(gleichzeitige Eröffnung des Processus condyloideus des Hinterhauptbeines).

Von

Dr. **Geza Krepuska** in Budapest.

Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes — wie immer dieselbe auch schon benannt wurde — kann eher den atypischen Operationen zugezählt werden, nicht nur weil die Operationsmethode sich nach den Indicationen ändern kann, sondern auch weil bei jeder einzelnen Operation das eine oder andere Extrem der sich zwischen sehr weiten Grenzen bewegenden anatomischen Verhältnisse erreichbar ist; andererseits können die auf solchem schwankenden Boden entstandenen Krankheitsprocesse auch ziemlich störende Umstände hervorrufen. — Ich möchte nun die Geschichte eines von mir beobachteten und operirten Falles mittheilen, wo sich bei der Operation ein ungewohnter und erwähnenswerther Umstand ergab.

J. Sch., 17 Jahre alt, Gelbgiesser, wurde am 26. Juli v. J. in die dem Herrn Primarius Dr. Béla Székács unterstehende X. Abtheilung

Digitized by Google

des St. Rochus-Spitals aufgenommen. — Diagnose: Typhus abdominalis. — Bei dem Kranken, der vordem nie ein Ohrenleiden hatte, entwickelte sich schon in der ersten Woche des ziemlich schweren Typhus eine eiterige Entzündung der linken Trommelhöhle. — Der damalige Befund lautete: Otitis media suppurativa acuta; — das Trommelfell ist in geringem Maasse injicirt und ein wenig infiltrirt; in der Mitte des Trommelfells unter dem Umbo eine scharfrandige, nadelstichgrosse Perforation; — unbedeutende Schmerzen im Ohre. — Taschenuhr ad concham. — Rechts normaler Befund.

Der Kranke verliess am 13. August nach einem 49tägigen Aufenthalt das Spital, vom Typhus geheilt, aber mit fortbestehendem Ohrenleiden, und wurde am 7. September, mit heftigen Kopfschmerzen behaftet, in die dem Herrn Primarius Fr. Jordan unterstehende Abtheilung wieder aufgenommen. — Der Kranke, den ich am 13. September sah und untersuchte, sah sehr schlecht aus und beschwerte sich über grosse Kopf-, insbesondere aber über Ohren- und Genickschmerzen. Bei dem sonst während der ganzen Zeit fieberlosen Kranken ist, bei einem vernachlässigten und übelriechenden Ohrenfluss, das linke Trommelfell ziemlich injicirt, vorgebaucht und mit lockerem Epithel bedeckt; vom oberen Rande der noch vorhandenen Perforation konnte man eine pfefferkorngrosse, hellrothe, weiche, bewegliche, das Trommelfell zum Theil, die Perforation jedoch vollständig bedeckende Wucherung sehen. In der Gegend des Warzenfortsatzes war eine sichtbare Veränderung nicht zu finden, aber beim Drücken Schmerz, so auch im Genick und in dem betreffenden Halstheile. — Beim Weber'schen Versuche zieht sich der Stimmgabelton in's linke Ohr, auch dann, wenn man die Stimmgabel an den rechten Warzenfortsatz anlegt; der Rinne'sche Versuch fällt links negativ aus. — Uhr ad concham; das rechte Ohr weist keine Veränderung auf. — Der Kranke ist abgemagert, kann weder essen noch schlafen.

Die energische antiphlogistische Behandlung, die Entfernung des Polypen vom Trommelfell, womit die Beseitigung jeder Retention erzielt war, und die antiseptische Reinigung der Trommelhöhle per tubam brachten das erwünschte Resultat nicht; die Schmerzen verblieben, ja wurden sogar grösser, der Warzenfortsatz und besonders die Gegend des oberen Theiles des Sternocleidomastoideus begann anzuschwellen; der Percussionsschall über beiden Warzenfortsätzen zeigte immer deutlichere Unterschiede: auf der rechten Seite war nämlich der Ton hoch und voll, auf der kranken Seite dagegen tief und gedämpft. Der Kranke war fieberlos.

Unter solchen Umständen blieb nichts Anderes übrig, als die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes, welchen Eingriff ich auch am 18. September auf der chir. Abtheilung meines Freundes, des Herrn Doc. Dr. J. P. Haberern, vorgenommen habe.

Ich unterlasse die detaillirte Beschreibung der Operation und führe nur an, dass ich nach Abmeisselung der verdickten Corticalis an einige mit Luft gefüllte pneumatische Zellen stiess; erst nach deren Entfernung kamen die übrigen, mit Eiter, Wucherungen und Detritus ausgefüllten Theile des Warzenfortsatzes. — Die kranken Theile wurden theils mit dem Meissel, theils mit dem scharfen Löffel entfernt nicht nur in der Richtung des „Aditus", sondern ich räumte die Höhle des Warzenfort-

Digitized by Google

satzes vollständig aus, von seiner Spitze bis zum Tegmen tympani, von der Corticalis bis zur Vitrea. — Nachdem die Ausspritzung der Höhle durch die Meisselöffnung auf dem Wege der Trommelhöhle nach dem äusseren Gehörgange, sowie auch in der umgekehrten Richtung gelang, wurde die Höhle mit Jodoformgaze ausgefüllt.

Der Kranke, dessen Schmerzen nach dem operativen Eingriffe vollständig aufhörten, erholte sich ziemlich schnell. Bei den Verbandwechseln wurde das Innere des Warzenfortsatzes, insbesondere aber die Gegend des Aditus wiederholt mit oedematösen Granulationen bedeckt gefunden; diese wurden theils ausgekratzt, theils geätzt, so dass ich das Innere des Warzenfortsatzes, obwohl die Trommelfelllücke schon in den ersten Tagen des Novembers vollständig vernarbt war, per tubam durchspülen konnte, was vor der Auskratzung mehrmals nicht gelang.

Die Wunde liess ich erst gegen Ende November zuheilen. — Gegenwärtig ist am Trommelfelle weder von der Perforation noch von Polypen eine Spur; das Trommelfell ziemlich normal, transparent; die Schleimhaut der Trommelhöhle ein wenig hyperämisch; — hinter der Muschel sieht man eine lineare Narbe. — Das Ticken der Taschenuhr wird am erkrankten Ohre 5 Ctm., Flüstersprache 3 Mtr. weit gehört.

Die minder wichtigen Details der einzelnen Phasen der Krankengeschichte weglassend, will ich hier nur jener eigenthümlichen, seltenen Thatsachen gedenken, die mich zur Veröffentlichung dieses Aufsatzes bewogen.

Bei dem am zweiten Tage nach der Operation vorgenommenen Verbandwechsel — als ich das nicht mehr blutende Innere des Warzenfortsatzes mit dem Reflector überblicken konnte, fand ich auf dem hinteren Theil der Vitrea einen mit Granulationen bedeckten und mit der Nachbarschaft theilweise noch zusammenhängenden, spongiösen Sequester. — Nach Entfernung dieses Sequesters in derselben Richtung, d. h. nach „hinten —medial“ und ein wenig nach „unten“ sondirend, konnte ich in eine Tiefe von 4 Ctm. dringen, und zwar in eine rauhwandige Höhle, welche mit Granulationen und Detritus ausgefüllt war.

Dieses Ereigniss war jedenfalls ungewöhnlich, weil der Warzenfortsatz in seinem Latero-medial-Durchmesser kaum 2 Ctm. erreicht; nach den Messungen von Bezold variirt derselbe zwischen 2—17 Millimeter und beträgt durchschnittlich 15 Millimeter, nach Giovanni Zoja 13 Millimeter (J. Gruber: „Lehrbuch der Ohrenheilk., pag. 27). — Man musste daher im gegebenen Falle eine anatomische Varietät oder eine ungewohnte pathologische Veränderung annehmen.

Denn entweder gelangte ich in die Incisura mastoidea und weiterhin an die äussere Oberfläche des Hinterhauptbeines durch den Körper des Warzenfortsatzes — in welchem Falle ich nach innen Knochen, nach aussen hingegen weiche Theile hätte finden müssen —, oder es hatte die Caries auch die Vitrea zerstört, wodurch nach Entfernung des Sequesters die Schädelhöhle geöffnet wurde, und so konnte man mit der Sonde in solche ungewohnte Tiefe und Richtung gelangen, in welchem Falle unter anderen Symptomen ich nach innen weiche Theile und nach aussen Knochen hätte finden müssen. Die Sonde berührte jedoch überall Knochen, obwohl sie sich in einem weiten Canal fortbewegte, was nur so erklärt werden kann, wenn wir annehmen, dass in diesem Falle das Hohl-

Digitized by Google

raumsystem des Warzenfortsatzes nicht nur mit dem sich unter und hinter dem knöchernen Labyrinthe befindlichen gleichartigen Hohlraumsysteme der Pyramide, sondern durch dessen Einschaltung auch mit dem Condylus resp. Processus jugularis in Communication stand; und weiterhin ist dies nur so möglich, wenn sich zwischen der Corticalis und Vitrea der betreffenden Knochentheile eine enorm verdickte Knochensubstanz befand, die durch ihre Verbindung mit dem Hohlraumsysteme des Warzenfortsatzes in Mitleidenschaft gezogen wurde, wodurch auch hier Entzündung, Caries und Necrose eingetreten sind.

Im Hinblick auf die Daten Hyrtl's (Fr. Merkel's Handb. der topograph. Anatomie, pag. 561), welcher unter 600 zu diesem Zwecke untersuchten Schädeln nur bei dreien das Hohlraumsystem des Warzenfortsatzes mit dem gleichartigen des Condylus ossis occipitis in unmittelbarer Communication fand, kann es uns nicht wundern, dass dieses Verhältniss bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes nur sporadisch und selten vorkommen kann[1]). Indem jedoch derlei Fälle immerhin auftreten können, wo die Verkennung oder Nichterkennung der Verhältnisse für den Kranken ganz und gar nicht gleichgiltig wäre, ist es nothwendig, während der Operation auch mit dieser Möglichkeit zu rechnen, da gegebenen Falls die Operationsmethode die Aenderung erleiden müsste, dass bei gehörigem Ausräumen des Warzenfortsatzes nicht nur in der horizontalen Ebene nach vorne innen, sondern auch in der verbotenen Richtung nach hinten innen zu meisseln und zu löffeln wäre.

* * *

Da ich den vorgeführten Fall nicht nur klinisch beobachtete und behandelte, sondern mich auch mit der auf das ätiologische Moment des Ohrenleidens Bezug habenden Frage befasste, wünsche ich noch das Resultat dieser Forschung — obwohl man es eher negativ nennen kann — bekannt zu geben. Der Verlauf der Krankheit lässt den Zusammenhang des in Rede stehenden Ohrenleidens mit dem Typhus, obwohl dasselbe im Zeitraume des letzteren entstanden ist, aus folgenden Gründen fraglich erscheinen: „Das Ohrenleiden trat in der ersten Woche des Typhus auf, die Perforation im Trommelfelle sass eher central und das Leiden hatte nur das eine Ohr betroffen." — Die im Gefolge des Typhus vorkommenden Otitiden treten zumeist in der zweiten Hälfte der Erkrankung auf; die Perforationen bezw. Destructionen kommen grösstentheils nahe dem hinteren unteren Rande des unteren hinteren Quadranten vor; das Ohrenleiden ist grösstentheils beiderseitig; ferner erinnert uns die lange Reconvalescenz des Kranken, seine schwache Körperconstitution und seine Blutarmuth an jene Fälle, welche ich eben auf der Abtheilung des Herrn Prim. Dr. B. Székács beobachten konnte, und in welchen nach dem Typhus regularis die Phthisis folgte, wovon auch die Section (neben geheilten Typhus-Darmgeschwüren frische tuberculöse Darmgeschwüre, Lungenschwindsucht) einen Beweis lieferte; ferner in unserem

[1]) Bei der Vorstellung war ich so glücklich, die fraglichen Verhältnisse an einem entsprechenden Schädel demonstriren zu können.

Digitized by Google

Falle die Asymmetrie der beiden Brustkorbhälften und jenes Verhältniss, welches Herr Primarius Dr. Fr. Jordan zu constatiren so gütig war, nämlich, dass bei dem sonst rechthändigen Manne die linke Brustkorbhälfte grösser, bei Percussion der Ton hier höher und das Athmen dieser Seite schwächer war; der fieberlose Verlauf der Erkrankung des Warzenfortsatzes; dies und die fungösen Wucherungen riefen in mir den Verdacht hervor, ob man es in diesem Falle nicht mit einem ursprünglich tuberculösen Ohrenleiden zu thun habe.

Die bacteorologischen und histologischen Untersuchungen, welche ich im Institute des Herrn Prof. Otto Pertik vorgenommen habe, führten zu folgendem Resultate: Ich suchte wiederholt in dem Secrete des Ohres nach Tuberkel-Bacillen, jedoch vergebens. Die entfernten polypösen Wucherungen bestehen aus ebenso jungem Granulationsgewebe, wie ich dasselbe wiederholt bei Ohrpolypen der Phthisiker gefunden habe („Orvosi Hetilap“ 1891), in welchem Gewebe die enorme Proliferation des Endotheliums der Lymph- und Blutgefässe, ferner stellenweise mucinöse Degenerationen, kleinzellige Infiltration und parenchymatöse Blutungen, sowie reichliche Vascularisation bemerkenswerth sind. Besonders auffallend sind aber reichlich im Gewebe vorkommende, 2—8kernige, junge, typische Riesenzellen, um welche herum jedoch der necrobiotische Process noch fehlt. — In diesen Gewebstheilen, wie auch selbst in den Riesenzellen konnte ich keine Tuberkelbacillen nachweisen und folglich muss der Charakter des beschriebenen Ohrenleidens — bezw. die Beantwortung jener Frage, ob das fragliche Leiden in Folge des Typhus, im Zusammenhange mit demselben, sei es auf einer hypostatischen oder auf einer hämatogenen Weise, entstanden ist, oder ob es sog. genuin oder vielmehr und wahrscheinlicher einer tuberculösen Natur sei — in Schwebe gelassen werden.

Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae.

Von

Dr. **J. Killian**, Worms.

Mitte Juli 1891 stellte sich mir der 33jährige Kaufmann J. S. aus G. vor wegen Schmerzhaftigkeit des Schluckens, Erschwerung des Sprechens und zeitweise belegter Stimme. Der Kranke sah wohlgenährt aus, gab an, nie erheblich krank gewesen zu sein, und stellte ganz besonders jede frühere luetische Affection mit Bestimmtheit in Abrede. Seine Articulation war von jener Schwerfälligkeit, welche sofort die Aufmerksamkeit auf eine schmerzhafte Erkrankung der Zunge hinlenkte. Die Speichelabsonderung zeigte sich leicht vermehrt; auch war übeler Geruch aus dem Munde in mässigem Grade nachweisbar. Auf der linken Seite der unteren Fläche der Zungenspitze sah man eine etwa bohnengrosse, schneeweisse Auflagerung, welche sich neben dem Zungenbändchen auf den Mundboden fortsetzte. Eine zweite fand sich an der Schleimhautfläche der Unterlippe links und erstreckte sich etwas auf das benachbarte Zahnfleisch. Beide Auflagerungen waren scharf begrenzt und von gesunder Schleimhaut umgeben; ein Entzündungshof fehlte. Sie konnten nur schwer

Digitized by Google

von ihrer Unterlage abgehoben werden, und es kam dabei stets zu Blutungen derselben. An der Vorderfläche des rechten Gaumenbogens befand sich eine etwa linsengrosse excoriirte Stelle, deren verwaschene Umrisse leicht reifartig getrübt waren und ganz allmählig in die umgebende, gesund aussehende Schleimhaut übergingen. Ferner erblickte man am freien Rande des Kehldeckels nach rechts hin eine weitere des Epithels beraubte geröthete Stelle, etwa auch linsengross, welche ebenfalls nicht scharf umgrenzt war, deren Umgebung vielleicht etwas geschwollen erschien. Beide Stimmbänder hatten eine rosarothe Färbung. Keine Drüsenschwellungen. Temperatur normal. Innere Organe gesund. Haut gesund. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Appetit gut. Die Deutung dieses Befundes war zunächst eine schwierige. Die beschriebenen weissen Auflagerungen in der Mundhöhle hatten eine überaus grosse Aehnlichkeit mit Soor. Allein die sofort vorgenommene und später wiederholte microscopische Untersuchung ergab gänzliche Abwesenheit von Fäden und Sporen des Soorpilzes. Negativ fiel auch die Untersuchung auf Tuberkelbazillen aus. Die Erkrankung bestand nun sechs Wochen lang unverändert fort; alle therapeutischen Versuche waren fehlgeschlagen. Ich hatte inzwischen meine Diagnose auf Pemphigus gestellt, aber bisher vergeblich auf der Haut nach Blasen gesucht. Weiterhin verlor ich den Kranken aus den Augen und hatte erst Anfang 1892 wieder Gelegenheit, ihn zu untersuchen. Jetzt zeigte es sich, dass mittlerweile Pemphigus auf der Haut zum Ausbruch gekommen war. Die Erscheinungen in Mund- und Nasenhöhle hatten erheblich zugenommen, und der Kranke war in seiner Ernährung sehr heruntergekommen. Eine eingehendere Beschreibung des jetzigen Krankheitsbildes unterlasse ich, da solche für den Zweck, welchen ich durch diese Zeilen verfolge, nur von untergeordneter Bedeutung wäre. Die Hauptsache ist, dass durch das thatsächliche Erscheinen des Pemphigus auf der Haut die Diagnose gesichert wurde. Ob es sich um Pemphigus vulgaris oder foliaceus handelt, kann erst der weitere Verlauf entscheiden. Längst bekannt ist es, dass der Pemphigus die Mund-, Rachen-, Kehlkopfschleimhaut u. s. w. befällt (Pemphigus mucosae), desgleichen, dass Pemphigus mucosae als Vorläufer des Pemphigus der allgemeinen Decke und auch gesondert vorkommt. Allein die bisherigen Beschreibungen des Schleimhautpemphigus decken sich nicht mit dem oben gegebenen Befunde, und gerade aus dieser Thatsache leite ich die Berechtigung zur Veröffentlichung des obigen Falles ab. Ohne Weiteres leuchtet die Wichtigkeit ein, einen Befund, wie den dort erhobenen, diagnostisch und prognostisch richtig zu deuten und aus dem örtlichen Befund das Allgemeinleiden zu erkennen. Nach den üblichen Schilderungen der Lehrbücher treten beim Pemphigus auf der Mundrachenschleimhaut erbsen- bis nussgrosse, mit einem milchigweissen Inhalt gefüllte Blasen auf, deren Epitheldecke sich nach kurzer Zeit trübt, macerirt und abgestossen wird. Dadurch entstehen scharf begrenzte, rothe Substanzverluste, die sich mit einem weissen, croup- oder aphthen-ähnlichen Belag bedecken und entweder rasch heilen oder bei längerem Bestande sich in Geschwüre umwandeln.“ Vergl. Schech, Krankheiten der Mundhöhle etc., 3. Aufl., S. 164. „Auch auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle und des Kehlkopfes kommen Blasen zur Entwicklung — Pemphigus mucosae —. Ihre Epitheldecke wird

Digitized by Google

bald macerirt, grau getrübt und abgestossen und hinterlässt scharf begrenzte, lebhaft rothe oder grau belegte Scheiben.“ Vergl. Kaposi, Hautkrankheiten, 2. Aufl., S. 500. Wie hieraus ersichtlich, reden die Autoren stets von Blasenbildung auf der Schleimhaut. Dem gegenüber ist aber festzuhalten, dass der Schleimhautpemphigus wenigstens in einer Anzahl der Fälle nicht in Form von Blasenbildung verläuft, sondern sich durch das Auftreten von soorähnlichen Auflagerungen besonders in der Mundhöhle und durch das Erscheinen von Excoriationen besonders an den Gebilden der Rachenenge und des Schlundes kennzeichnet. Allerdings dürften die zuletzt genannten Formen anatomisch der Blasenbildung gleichwerthig sein und Anfangsbeziehungsweise Abortivformen derselben darstellen. Während mich dieser Krankheitsfall noch lebhaft beschäftigte, erschien in No. 49 der Berl. klin. Wochenschrift 1891 der Aufsatz von Mandelstamm: „Zur Casuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut.“ Der Verfasser desselben geht von vier Beobachtungen aus Doch war es ihm nur in einem Falle möglich, den nachträglichen Ausbruch des Pemphigus auf der äusseren Haut festzustellen. Der betreffende Patient klagte über Schluckbeschwerden und schlechten Geruch aus dem Munde. An verschiedenen Stellen der Zungen-, Wangen-, Lippen- und Rachenschleimhaut sah man linsen- bis pfenniggrosse und grössere, grauweisse und auch ganz weisse, scharfumrandete Auflagerungen, die stellenweise ganz dünn, stellenweise dichter wie diphtherische Massen aussahen, sich nicht leicht entfernen liessen und dann bluteten. An der Zunge sassen sie an den Rändern und der unteren Fläche. An der Vorderfläche des weichen Gaumen flossen sie zu einer einzigen grossen und dünnen grauweissen Membran zusammen, welche an vielen Stellen von punktförmigen und grösseren Inselchen — durchscheinende und ihres Epithels beraubte Schleimhaut — durchbrochen war. Die Kehldeckelvorderfläche war mit einem grossen, weisslichen Anflug bedeckt, die Schleimhaut in der Umgebung der erkrankten Stellen fast normal. Ausser Speichelfluss und üblem Geruch aus dem Munde war sonst nichts Krankhaftes nachzuweisen. Innere Organe, Urin etc. normal. Haut gesund. Während in der Folge einige kleinere Auflagerungen verschwanden und neue erschienen, bestanden die Erscheinungen am Gaumensegel und am Kehldeckel unverändert fort. Vier Monate später kam Pemphigus foliaceus auf der Haut zum Ausbruch. Es ist von Interesse, zu erfahren, dass der Verfasser zuerst glaubte, Stomatitis mercurialis vor sich zu haben. Die vier Patienten desselben standen im Alter von 40—55 Jahren und waren sämmtlich Israeliten. Auch mein Kranker ist Israelite.

In Uebereinstimmung mit Mandelstamm komme ich also zu dem Schlusse, dass als Vorläufer des Pemphigus der allgemeinen Decke auf der Schleimhaut der Mundrachenhöhle charakteristische Auflagerungen und Excoriationen vorkommen, welche hartnäckig jeder Behandlung widerstehen und ausser Schluckbeschwerden, Articulationsstörungen, Speichelfluss und üblem Geruch zunächst keine Beeinträchtigung der Gesundheit der Befallenen verursachen. Diese Auflagerungen sind differentialdiagnostisch von Soor, Stomatitis mercurialis, Diphtherie, croupösen Belägen traumatischen Ursprungs meist unschwer zu trennen.

Digitized by Google

Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen- und Halskrankheiten.

Von

C. Ziem.

Von der durch O. Liebreich zur Behandlung tuberculöser Erkrankungen des Kehlkopfs Anfangs v. J. empfohlenen subcutanen Anwendung von Cantharidin soll im Folgenden nicht die Rede sein, sondern von der wohl seit den ältesten Zeiten und bei vielen Erkrankungsformen geübten ableitenden Behandlungsmethode, die auch bei Nasen- und Halskrankheiten eine vortheilhafte Anwendung findet und die, wie mit Seidelbast, Crotonöl u. a. Dingen, natürlicher Weise auch mit Cantharidenpräparaten ausgeübt werden kann. Zu meinen Versuchen habe ich immer der so bequem zu handhabenden Auflösung von Canthariden in Collodium, des Collodium cantharidatum, und zwar als Einpinselung mich bedient. Ebenso wie bei Behandlung von Ohrenkrankheiten Ableitungen auf die Hinterohrgegend früher eine bedeutende Rolle gespielt haben, um dann von vielen Autoren, besonders in Deutschland, als gänzlich unwirksam kurzer Hand verworfen zu werden, während in Frankreich und Italien den Vesicantien ein ausgebreiteter Wirkungskreis immer verblieben ist, und wie erst neuestens, vornehmlich in Folge werthvoller Mittheilungen von Prof. Walb in Bonn, die Anschauung auch bei uns wieder Platz gegriffen hat, dass die alten Herren, unsere Vorfahren, doch nicht so schlechte Beobachter und Therapeuten gewesen sein mögen, als Mancher sich das vorstellt, — so wird es vielleicht auch mit der Werthschätzung der Derivantien bei Behandlung gewisser Halskrankheiten gehen. Allerdings hat Prof. v. Schrötter, in dessen Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes ja eine immense Erfahrung allüberall zu Tage tritt, bei der Therapie des chronischen Kehlkopfcatarrhs, der einzigen Stelle meines Wissens, wo der Vesicantien Erwähnung geschieht, den Ausspruch gethan, dass die Zeit der Hautreize, namentlich der besonders grausamen, der Autenrieth'schen Salbe und der Vesicantien „glücklicher Weise wohl so ziemlich vorüber sei“ [1]). Aber es hat dann schon 2 Jahre später, auf dem Heidelberger Congresse, Helbing aus Nürnberg über 10 Fälle von Pharyngitis phlegmonosa berichtet, die er mit Einreibungen von Crotonöl auf die entsprechende Partie der Halshaut unter gutem Erfolge behandelt hat: die eczematöse Entzündung der eingeriebenen Stelle heilte nach 5—8 Tagen ab und die Phlegmone des Pharynx kam, wie es heisst, nicht zur vollen Höhe [2]). Hierher gehören auch die Erfolge, die der äusserst erfahrene Kinderarzt Geh. Rath Henoch mit der Application von Vesicatoren auf die bedeckende Haut bei acuter Laryngitis erzielt hat und wofür er, wie mir scheint, recht beweiskräftige Beobachtungen an je einem 2- und 6jährigen Kinde etwas genauer mittheilt. Henoch öffnet übrigens die Blase und lässt die Wundfläche mit grauer Salbe verbinden [3]).

---

[1]) Vorlesungen, 2. Lieferg. 1887, S. 77.)
[2]) Internation. Centralbl. f. Laryngologie, VI. Jahrg., S. 386 und 564.
[3]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 5. Aufl., S. 341 und 342.

Digitized by Google

Eine einschlägige Beobachtung aus meiner eigenen Praxis sei hier angeschlossen.

Am 20. März 1890, Mittags, wird mir das ein paar Monate alte Kind P. gebracht wegen starker Athemnoth, Cyanose und Schwellung am Halse. In der rechten seitlichen Halsgegend, unterhalb des Unterkiefers nach hinten bis nach dem Ohre hin, nach vornen gegen den Kehlkopf zu sich ausbreitend, findet sich eine sehr bedeutende, in den letzten Wochen allmählig entstandene Anschwellung von noch harter Consistenz. Athemnoth so hochgradig, dass ich den Angehörigen von der Möglichkeit der Tracheotomie sprach, welche unter den vorliegenden Verhältnissen aber natürlich die allerungünstigsten Aussichten gegeben haben würde. Es war eine Eiterung des rechten Ohres vorausgegangen, die nach Aussage des Hausarztes „durchaus antiseptisch", d. h. in diesem Falle mittelst in den Gehörgang hineingepfropfter Sublimatwatte behandelt worden war, Ausspritzungen waren ausdrücklich verboten worden. Durch die, künstlich noch verstärkte, Retention des Eiters war offenbar eine eitrige Infiltration des Zellgewebes längs des Vorderrandes des Musc. sternocleidomastoideus bis gegen den Kehlkopf hin eingetreten. Eine auffällige Schwellung der Epiglottis war bei Fingeruntersuchung übrigens nicht vorhanden. Sofort Ausspülung des Ohres und der Nase, aus welchen Eiter, sowie bei horizontaler Haltung des Kopfes auch des Rachens, aus welchem viel Schleim sich entleerte, mittelst Salzwassers und tüchtige Bepinselung der Anschwellung in ihrer ganzen Ausdehnung mit Collod cantharid. Schon am selben Abend viel freiere Athmung: auf der bepinselten Partie war die Oberhaut durch Blasenbildung in umfänglicher Weise abgelöst. Die Stelle wird weder sich selbst überlassen, wie das in Helbing's Beobachtungen der Fall gewesen zu sein scheint, noch mit grauer Salbe, wie von Henoch, sondern mit einer Honigpaste verbunden, über deren Bedeutung ich demnächst eingehender berichten werde und jetzt nur so viel sagen will, dass das ein ausgezeichnetes Mittel zur Reifung von Abscessen ist. Die Ausspülungen wurden Anfangs 3 Mal, später 2 Mal täglich fortgesetzt. Am 30. März wurde der Abscess unterhalb des Kiefers incidirt und mittelst der Druckpumpe ein Strom von Eiter herausgeschwemmt. Das Kind hat sich dann sehr schnell erholt, ist aber später, im Juli oder August, an Brechdurchfall zu Grunde gegangen.

Der Erfolg der Bepinselung in diesem Falle war für alle Betheiligten ein äusserst sinnfälliger und ich wüsste nicht, in welcher anderen Weise man innerhalb weniger Stunden eine so intensive Ableitung von Innen heraus auf die bedeckende Haut hätte erlangen können.

Auch bei im Puerperium oder sonstwie erworbenen Abscessen der Schilddrüse dürfte das beschriebene Verfahren von Werth sein, von grösserem jedenfalls, als die hier oft in so unverständiger Weise angewendete Eisblase, mittelst welcher mancher Kranke geradezu umgebracht wird, wenn so ein Meisterer der Natur die Eiterung statt zu befördern, zu unterdrücken sucht.

II. Bei Nasenkrankheiten sind Ableitungen auf benachbarte Körperpartien durch Vesicatore u. dergl. wohl noch wenig versucht worden. Als hierher gehörig ist mir z. Z. nur erinnerlich, dass Vesicatore auf der Stirngegend bei Anschwellung der Schleimhaut der Stirnhöhle von

Digitized by Google

Moldenhauer empfohlen[4]) und dass Application der Autenrieth'schen Salbe auf die Hinterohrgegend, zugleich allerdings mit Cauterisation der Nasenschleimhaut, in einem von W. Brügelmann beschriebenen Falle mit bestem Erfolge angewendet worden ist[5]). Letztere Notiz ist, wie ich glaube, Anlass für mich geworden, dieser Frage selbst etwas näher zu treten, da es mir bis dahin unbekannt war, dass man bei Erkrankungen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes Derartiges mit Erfolg anwenden kann. Freilich muss man, um gute Erfolge zu sehen, da nicht in der Regio retroauricularis im Allgemeinen oder nur auf der Gegend des Proc. mastoideus einpinseln lassen, sondern vornehmlich auch oder ausschliesslich in der Regio retrolobularis, auf der unmittelbar hinter dem Ohrläppchen gelegenen Partie, die nach hinten durch den Ansatz des M. sternocleidomast. an den Proc. mastoid. und nach vorn durch den aufsteigenden Ast beispielsweise den Gelenkfortsatz des Unterkiefers begrenzt wird. An sich selbst kann man leicht feststellen, dass man an der genannten Stelle zwischen Unterkiefer und dem Proc. mastoid. in die Tiefe eindringen kann, was übrigens auch an einem von Merkel gelieferten Sagittalschnitt durch die Umgebung des Kiefergelenkes gut zu erkennen ist[6]). Es ist also ungefähr dieselbe Gegend, von wo aus durch einen annähernd quer nach innen, doch zugleich etwas nach vornhin verlaufenden Messerstich in einer von Bezold mitgetheilten Beobachtung eine Verletzung des Pharynx und Abtrennung der knorpligen Tuba zu Stande gekommen ist[7]). Der ausgezeichnete Querschnitt des ganzen Kopfes in dem klassischen, bisher unübertroffenen, jedoch zu wenig zahlreiche Abbildungen enthaltenden topographisch-anatomischen Atlas von W. Braune[8]) ist etwas zu hoch geführt, um diese Gegend ganz genau zu veranschaulichen, ebenso das Stückbild in Fig. 228 von Merkel's Handbuch, während in dem in Henle's anatomischem Atlas (in Fig. 2 der Tafel 209) abgebildeten, dicht unterhalb des Ohres, also für unseren Zweck sehr günstig angelegten Transversalschnitt leider nur der äusserste, lateralwärtige Abschnitt des Präparates wiedergegeben ist: dennoch kann man durch Combination dieser Abbildungen sowohl mit den von B. Fränkel auf Taf. 3—6 seines Atlasses gegebenen, für die Topographie der Nase allerdings äusserst werthvollen, für den hier in Betracht kommenden Zweck aber etwas zu wenig Einzelheiten enthaltenden Querschnitten, als auch mit den den Pharynx von hintenher und im Längsschnitte zeigenden Frontalschnitten in Fig. 1 der Tafeln 207 und 208 des Henle'schen Atlas und einem anschaulichen Fensterschnitt der Regio pterygoidea auf S. 465 des Merkel'schen Handbuchs die hier interessirenden anatomischen Verhältnisse sich genügend klar machen. Wenn man also zwischen den genannten Knochenpartien nach vorn innen eingeht, so gelangt man in das Gefässgebiet der Art. uud Ven. maxillar. intern., der Plexus pterygoid. und pharyng., welche dann mit den Venen des hintersten Abschnittes der Nase in Verbindung stehen. Ich glaube

---

[4]) Die Krankheiten der Nasenhöhle 1886, S. 184.
[5]) Ueber Nasenschwindel. Therap. Monatshefte 1889, Februar.
[6]) Handb. d. topographischen Anatomie, I. Bd., S. 435 und 436.
[7]) Berliner klin. Wochenschrift No 40, 1883.
[8]) 1875, Tafel IV.

Digitized by Google

mich zu entsinnen, dass diese Gefässbeziehungen von Trautmann eingehender studirt und auch abgebildet worden sind, kann das aber augenblicklich nicht genau feststellen. Jedenfalls hat die Annahme ganz und gar keine Schwierigkeit, dass vermittelst der erwähnten Anastomosen der Blut- und Lymphgefässe eine Ableitung von der Hinternase und dem Nasenrachenraume auf die Regio retrolobularis stattfinde, so wie ich das in zahlreichen Fällen meiner Praxis thatsächlich gesehen habe.

Von besonderem Werthe ist noch, dass man in dieser Weise und auf dem beschriebenem Wege auch auf die das Ostium maxillare umgebende und öfters angeschwollene Schleimhaut ableitend einwirken kann: Fälle, in welchen nach Anbohrung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus nicht ein Tropfen der sodann eingespritzten Flüssigkeit aus der Nase abläuft, so dass man in Versuchung ist, die Operationsöffnung zu erweitern, damit das Spritzwasser wenigstens unten wieder herausfliessen könne — ein Verfahren, welches ich ja schon öfters mit bestem Erfolge angewendet habe[9]) —, Fälle also, in welchen auch letzteres unnöthig wird, nachdem eine tüchtige Bepinselung der genannten Gegend mit Canthariden-Collodium stattgefunden, sind durchaus nicht selten, so dass von genauerer Mittheilung einschlägiger Beobachtungen abgesehen werden kann. Es ist für mich bisher auch noch niemals die Nöthigung eingetreten, noch eine zweite Operationsöffnung im unteren Nasengange anzulegen, wie das für derartige Fälle von P. Michelson[10]) empfohlen worden ist. Auch lasse ich derartige Bepinselungen zur Unterstützung der Kur bei Ausspülung der Kieferhöhle öfters vornehmen, und es ist interessant zu sehen, wie Anfangs manchmal bedeutende Mengen von Serum auf diesem Wege abgesogen werden, dann aber die Quelle mehr oder weniger so zu sagen versiegt. Es sei in dieser Hinsicht auch an das retroauriculare Eczem der Kinder erinnert, dessen Entstehung auf Ohreiterungen durchaus nicht immer, auf Nasenerkrankungen aber wohl in jedem Falle zurückführbar ist und das dann später, bei Kräftigung des Körpers oder eintretender Reife öfters von selbst verschwindet, so dass in manchen Gegenden der Ausdruck „hinter den Ohren noch nicht trocken sein“ als volksthümliche Bezeichnung für unentwickelte Personen gebräuchlich ist.

Hierher gehören auch die Erfolge solcher Ableitungen bei den sog. scrophulösen, d. h. also den von Naseneiterungen ausgehenden Augenkrankheiten, Erfolge, die von einigen Specialisten mit Unrecht in Abrede gestellt werden, die man aber oft in der sinnfälligsten Weise erzielt, sofern man an der mehrfach genannten Stelle angreift und hierdurch eine Abschwellung der angeschoppten Nasenschleimhaut bewirkt, welche dann ihrerseits eine Besserung der Augenkrankheit sofort nach sich zieht. Ist die Vermuthung zutreffend, dass man, um auch hier Erfolge zu sehen, gerade in der Regio retrolobularis einpinseln müsse, so ist hiermit wohl auch der Beweis geliefert, dass man bei der Erklärung, wie im Vorhergehenden, an Beeinflussung hauptsächlich des Blut- und Säftestroms,

---

[9]) Vergl. z. B. den in meiner Arbeit über intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden, diese Monatsschrift No. 8, 1889, S. 178, geschilderten Fall.

[10]) Berliner klin. Wochenschrift, 1889, Verhandlungen der Königsberger medicin. Gesellschaft.

Digitized by Google

weniger an nervöse, reflectorische Einwirkungen zu denken hat, die sonst aber, bei Cauterisation des Ohrläppchens z. B., bekanntlich oft auf weite Entfernung, bis auf den Nerv. ischiadicus hin sich geltend machen und auch aus dem Entstehen mancher Formen des Othämatoms aus Erkrankungen oder Verletzungen der Gehirnbasis oder der Gehirnrinde ersichtlich sind [11]).

Dass man bei öfterer Anwendung der Canthariden auch um das Verhalten der Nieren sich zu kümmern hat, ist selbstverständlich, ebenso dass man das nicht immer constante Präparat nur aus guten Apotheken beziehen lässt.

Kritik.

Micrographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. Von Dr. L. Katz. II. Theil. Berlin, 1892. Verlag von August Hirschwald.

Der Wunsch, den wir bei Besprechung des ersten Theiles dieses nach jeder Richtung ausgezeichneten Werkes äusserten [1]), ist nun durch die rastlose Thätigkeit des Verfassers in Erfüllung gegangen. Der II. Theil des Werkes liegt vor uns und wir können auch von diesem nur das Beste sagen. Dieser Theil bringt in 12 Tafeln nach meisterhaft angefertigten Präparaten des Autors künstlerisch angefertigte Photographien pathologischer Veränderungen des Gehörorgans, und zwar vorzugsweise des mittleren Ohrtheiles und des Labyrinthes. Hoffentlich erscheint nun auch der dritte und letzte Theil des prachtvollen Werkes in nicht zu ferner Zeit, wofür die Ohrenärzte nicht minder wie alle Diejenigen, welche das Gehörorgan eingehender kennen lernen wollen, dem Autor, dem künstlerischen Photographen, sowie dem Verleger, welcher das Werk in sehr schöner Art ausstattete, Dank wissen werden.

Gruber.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Accumulatio cerumini

wurde 785 Mal beobachtet. In den meisten Fällen genügte die Ausspritzung zur Beseitigung der Erscheinungen, doch gab es deren viele, wo nach der Entfernung des Pfropfes schwere Ohrenleiden zu Tage traten, die Patienten sich aber mit der nach der Entfernung des Pfropfes erfolgten Besserung des Hörvermögens begnügten.

---

[11]) Vergl. hierüber Roosa-Weiss, Ohrenheilkunde, 6. Aufl. 1889, S. 49.

[1]) S. diese Monatsschrift, Jahrg. 1891, S. 204.

Digitized by Google

Fremdkörper im Ohre.

58 Fälle. Auch im heurigen Jahren kamen noch immer Fälle vor, wo von Unberufenen die instrumentale Entfernung versucht worden war; doch waren solche immerhin seltener als früher. In einem Falle kam es in Folge der Extractionsversuche zu einer länger dauernden eitrigen Mittelohrentzündung, die aber vollständig ausheilte.

Pat. O. I., Amb. Prot. Z. 47.469, 4 Jahre alt, hatte sich, wie die Mutter angab, eine Glasperle in's Ohr gesteckt. Die Mutter war zum Arzte gegangen, der die Extraction mit Pincette und Kornzange versuchte, was ihm jedoch misslang. Er schickte nun das Kind in die Klinik, wo sich bei der Untersuchung folgender Befund zeigte: Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörvermögen annähernd normal. Linkes Ohr: Gehörgang an der unteren Wand verletzt, der knöcherne Theil desselben von mit Blut gemengten Eiter erfüllt. Nach der Ausspritzung desselben zeigte sich in der Tiefe ein festhaftendes Blutgerinnsel; bei der Lufteintreibung war ein lautes Perforationsgeräusch hörbar. Es gelang nicht, den Fremdkörper auszuspritzen, auch war in Folge ausserordentlich starker Schwellung der Weichtheile des Gehörganges und der Paukenhöhle der Sitz des Fremdkörpers nicht mit Sicherheit zu constatiren, da selbst die tactile Untersuchung mit der Sonde keinen Aufschluss gab. Es wurde daher vorerst die Behandlung mit Borsäurelösung eingeleitet und zugewartet, bis die Schwellung zurückgegangen war, was nach etwa 2 Wochen eintrat. Nun erst konnte der Sitz des Fremdkörpers mit Sicherheit ermittelt werden. Derselbe befand sich in der Paukenhöhle. Die Entfernung gelang in der Narcose auf dem Wege des äusseren Gehörganges. Die Blutung war dabei ziemlich geringfügig und stand sehr bald auf Jodoformgazetamponade. Die rückgebliebene Entzündung war in 12 Tagen soweit geheilt, dass die Kranke aus der Behandlung entlassen werden konnte. Es kam zur Heilung, ohne auffallende Hörschwäche zurückzulassen.

Otitis externa circumscripta.

Im Ganzen wurden 151 Fälle beobachtet. Bei einer grossen Anzahl derselben erwiesen sich die Amygdalae gelatinosae als vorzügliches Heilmittel; nur in Fällen vorgeschrittener Vereiterung der Furunkel musste die Incision gemacht werden. Von Interesse war folgender Fall:

K. R., Ambr. Prot. Z. 48.515, 38 Jahre alt, Handarbeiterin, hatte vor 6 Jahren eine linksseitige Parotitis überstanden. Seit 2 Wochen hatte sie Schmerzen im linken Ohre, und wurde von einem Arzte ein Abscess constatirt und incidirt. Bei ihrem Erscheinen in der Ambulanz am 12. Juni sah man im linken Gehörgange einen incidirten Furunkel an der hinteren Wand, ohne eine Spur von Eiterung. Es wurde daher zuerst die Abortivbehandlung mittelst der Amygdalae aurium versucht, doch ohne Erfolg. Die Schwellung im Gehörgange nahm immer mehr zu, zugleich trat Schwellung und Infiltration der ganzen Parotis auf, so dass nach 8 Tagen sich folgender Befund zeigte: Linkes Ohr: Gehörgang sehr verengt, nicht einmal für dünne Sonden passirbar. Unterhalb und hinter dem Lobulus, sowie in der ganzen Regio parotidea ein sehr derbes Infiltrat, in dessen Mitte neben dem Angulus mandibulae eine deutlich fluctuirende, von gerötheter Haut bedeckte Stelle. Auf Druck

Digitized by Google

entleerte sich durch eine nun am Eingange des Meatus auditorius externus sichtbare Fistel massenhaft Eiter. Es wurde daher von aussen incidirt und die Eiterhöhle mit Sublimatlösung durchgespült, darnach ein Drainrohr eingeführt und mit Jodoformgaze verbunden. Nach 18 Tagen erfolgte vollständige Heilung.

Exostosis meatus auditorii externi.

4 Fälle. Besonderes Interesse beansprucht der folgende Fall, der wahrscheinlich ein verknöchertes Ecchondrom darstellt.

A. P., Amb. Prot. Z. 48.005, Dienerssohn, 9 Jahre alt, hatte in der Kindheit Morbillen überstanden. Eine darnach aufgetretene Otorrhoe sistirte angeblich bald spontan, ohne seither zu recidiviren. Seit einiger Zeit fiel den Eltern des Knaben eine in dessen linkem Ohr befindliche Geschwulst auf; zugleich bemerkten sie, dass das Hörvermögen auf dieser Seite in bedeutendem Maasse vermindert war, was sie auch veranlasste, die Klinik aufzusuchen. Daselbst wurde nun folgender Befund constatirt: Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörweite normal. Linkes Ohr: Auf dieser Seite konnte das Trommelfell nicht untersucht werden, da der Gehörgang von einer mit normaler, ziemlich gut verschiebbarer Haut bedeckten knochenharten Geschwulst derart obturirt war, dass man nur mit einer dünnen Sonde zwischen der Geschwulst und der vorderen Gehörgangswand in die Tiefe gelangen konnte. Die Geschwulst erwies sich als ein in einer Tiefe von etwa 2 Ctm. von der hinteren Gehörgangswand ausgehendes verknöchertes Ecchondrom, das breit aufsass und gänzlich unbeweglich war. Hörweite: Uhr 3 Ctm. (normal 4 M.) Weber nach links, Rinne negativ.

Pat. wurde zur Operation bestellt, ist jedoch bisher nicht erschienen.

Ruptura traumatica.

Unter den 22 Fällen, die auf der Klinik zur Untersuchung gelangten, waren 20 durch Ohrfeigen, 1 Fall durch Schlag auf das Hinterhaupt und 1 Fall durch Auffallen eines Brodlaibes auf das Ohr entstanden. Die Rupturöffnungen befanden sich 6 Mal im hinteren oberen, 4 Mal im hinteren unteren, je 3 Mal im vorderen oberen und vorderen unteren Quadranten, endlich je 2 Mal knapp vor dem Ende des Hammergriffes, hinter demselben und in dessen Verlängerung. 20 Mal war die Verletzung links, 2 Mal auf der rechten Seite. Die Form der Rupturöffnungen war 5 Mal rund, 3 Mal dreieckig, 6 Mal spaltförmig, 2 Mal oval; in den übrigen Fällen wurde die Form nicht notirt. Bei den meisten waren die Ränder allein, in 6 Fällen auch die Umgebung ecchymosirt. Bei der Mehrzahl der Patienten waren chronische Catarrhe oder Narben am Trommelfelle nachweisbar.

Anamnestisch ist folgender Eall interessant:

M. K., Amb. Prot. Z. 48.492, 41 Jahre alt, Näherin, erschien am 10. Juni 1890 in der Ambulanz. Sie gab an, es sei ihr vor 8 Tagen in einem Greislerladen beim Bücken ein grosser Brodlaib auf das linke Ohr gefallen. Unmittelbar darauf sei weder Schmerz noch irgend welche Beschwerden aufgetreten und habe sie erst beim Verlassen des Ladens, in dem sie noch einige Zeit verweilt hatte, etwas Sausen verspürt. Nach einigen Stunden bemerkte sie jedoch, dass das Gehör bedeutend

Digitized by Google

zurückgegangen war, was sie auch sofort veranlasste, die Klinik aufzusuchen.

Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörweite normal. Linkes Ohr: Trommelfell mässig getrübt, retrahirt, kurzer Fortsatz etwas mehr vorspringend, Hammergriffgefässe injicirt. Im hinteren unteren Quadranten eine länglich rundliche Rupturöffnung, durch welche man die normale Paukenschleimhaut sehen konnte. In der Umgebung und an den Rändern der Rissöffnung kleine Ecchymosen und etwas eingetrocknetes Blut zu sehen. Hörweite 10 Ctm. Weber positiv. Nach 3 Wochen Heilung ohne Eiterung. (Schluss folgt.)

Traumatische Perforationen des Trommelfelles. Von J. J. Nothers (früherem Assistenten der Münchener Ohrenklinik). (Zeitschr. für Ohrenheilkunde, XXIII, 1.)

Die Arbeit bietet in einer Zusammenstellung von 42 Fällen directer und indirecter Trommelfellrupturen im Allgemeinen nichts wesentlich Neues, mit Ausnahme der Ansicht des Autors, dass die Hörstörungen (mehr oder weniger starke Schwerhörigkeit, Ohrensausen) in der weitaus grössten Zahl der Fälle lediglich auf eine Störung im Schallleitungsapparate zurückzuführen seien, eine Labyrinthbetheiligung wegen der Geringfügigkeit der Symptome sowie deshalb ausgeschlossen werden dürfe, weil die Hörfähigkeit für den oberen Theil der Tonscala gar nicht oder nur wenig alterirt gewesen sei. Die Störung im Leitungsapparat erkläre sich durch den Ausfall der Wirkung einer Anzahl durchtrennter circulärer und besonders radiärer Trommelfellfasern, wodurch der Tensor tympani ein Uebergewicht erlangt habe, hierdurch aber eine erhöhte Spannung des Trommelfells und der Kette der Gehörknöchelchen bedingt worden sei. Zum Nachweise des factischen Bestandes derselben stützt sich der Autor auf Bezold, welcher bekanntlich in einer solchen Spannung die wesentlichste Ursache für die Verstärkung der Knochenleitung sieht und ferner annimmt, dass die Ueberleitung der Schallwellen des unteren Theils der Tonscala in Luftleitung ganz wesentlich an die Integrität des Schallleitungsapparates gebunden sei, während dieselbe für die Perception der oberen Töne entbehrlich sei. Da nun in obigen Fällen die Stimmgabel beim Weber'schen Versuch stets auf dem erkrankten Ohre gehört wurde, Rinne (mit tiefen Stimmgabeln) negativ ausfiel und sich stets ein Defect im Hören der tiefen Töne bei normaler Hörfähigkeit für die oberen ergeben hat, so hält der Autor die erhöhte Spannung im Schallleitungsapparat, sowie die Intactheit des Labyrinths für erwiesen. Es wäre jedenfalls erwünscht gewesen, genauere Daten über die Ausdehnung des unteren Tondefectes zu erhalten; die für zwei Fälle angegebenen Differenzen zwischen C^1 auf dem gesunden und F^1 oder gar Des^1 auf dem erkrankten Ohre erlauben schwerlich einen Rückschluss, da schon durch das Ohrensausen allein das Nichthören dieser tiefsten Töne bedingt sein könnte. Was die diagnostische Bedeutung der Hörfähigkeit für die hohen Töne betrifft, so ist wohl aus dem Fehlen derselben auf eine Labyrinthaffection zu schliessen, nicht aber umgekehrt aus ihrem Vorhandensein die Integrität des Labyrinths zu deduciren. Aber die Richtigkeit obiger Beweisführung zugegeben, so

Digitized by Google

lassen sich die beobachteten Hörstörungen, speciell das continuirliche Ohrensausen, schwerlich nur aus der Gleichgewichtsstörung im Schallleitungsapparat herleiten, vielmehr liegt es nahe, ebenso wie wir es bei anderen entzündlichen oder mechanischen Vorgängen am Trommelfell wahrnehmen, auch hier eine Labyrinthbetheiligung, die rein reflectorischer Art sein kann, anzunehmen. So hatte Ref. jüngst Gelegenheit, einen Fall von heftigem linksseitigen Ohrensausen mit beträchtlicher Schwerhörigkeit bei einem Manne zu beobachten, welchem beim Gebrauche einer flüssigen Metallmasse einige kleinste Spritzer auf die linke Gesichtshälfte und auch in den linken Gehörgang gesprungen waren; einer derselben hatte das Trommelfell getroffen und eine circumscripte intensive Röthe ohne Perforation hervorgerufen; völlige Heilung und Restitution des Gehörs in 3 Wochen. Weber stets rechts, nach der Heilung beiderseits gleichmässig. Hier konnte von einer erhöhten Spannung im Schallleitungsapparate keine Rede sein, gleichwohl beträchtliche Hörverminderung mit anhaltendem Sausen. Für diesen Fall scheint mir die Annahme einer reflectorischen Acusticusreizung als wesentlichster Grund der Hörstörungen wohl gerechtfertigt. Keller.

Ein neuer Catheter für die Tuba Eustachii. Von Dr. Herzfeld. (Berl. klinische Wochenschrift, No. 11, 1892.)

Das Schnabelende ist durch eine federnde Stahlspirale von circa 12 Windungen mit dem Catheter verbunden. Das Instrument wird mittelst eines eingelegten Obturators gerade gestreckt eingeführt, nach Ausziehen des Obturators erhält der Schnabel durch Federung seine richtige Stellung. Der Catheter dürfte bei Verkrümmungen des unteren Nasenganges empfehlenswerth sein. Keller.

Zwei Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum mastoideum. Von Prof. Guye in Amsterdam. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXIII, 1.)

In dem ersten der beiden Fälle trat der Abscess am Vorderrande des Kopfnickers hervor und wurde incidirt, ohne dass eine Eröffnung des Warzenfortsatzes vorher unternommen worden war. In dem zweiten dagegen stellte sich 2 Wochen nach Eröffnung des Antrum, in welchem sich massenhaft Eiter vorgefunden hatte, Schwellung unter und hinter dem Proc. mast. bis zum Nacken ein, bei Druck entleerte sich viel Eiter durch die obere Fistel. Da keine oberflächliche Fluctuation nachweislich war, so wurde keine Gegenöffnung angelegt. Nach 3 Wochen schneller Schwund der Geschwulst, doch nach einigen Tagen Wiederauftreten derselben als Retropharyngealabscess; wiederholte Eröffnung desselben wegen neu entstandener Senkungen im Pharynx. Langsame Heilung innerhalb der nächsten 2 Monate. — Ob der Autor mit seiner Empfehlung, entgegen dem activeren Vorgehen Bezold's, nachdem für genügende Eröffnung des Antrum gesorgt ist, erst oberflächliche Fluctuation zum Anlegen einer Gegenöffnung abzuwarten, das Richtige trifft, dürfte dahin gestellt bleiben. Keller.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Nasales Asthma, mit circumscriptem Haut-Oedem wechselnd. (Asthme nasal alternant avec oedeme circonscrit de la peau.) Von Dr. L. Rethi in Wien. (Archiv. internat. de Rhinolog., Laringolog. etc., No. 16, April 1892.)

Ein bis zweimal wöchentlich, regelmässig um Mitternacht auftretende, kurz andauernde, unmittelbar vor und während der Menstruation zu ausserordentlicher Heftigkeit ansteigende Asthma-Anfälle bei einem 22jährigen, nervös beanlagten Mädchen. Wechselndes Verstopftsein beider Nasengänge je nach Lage der Kranken überhaupt, beiderseitige Verstopfung und wässerige Absonderung während des Asthma's. Hierauf folgend: circumscripte, ödematöse, etwa 6 Stunden persistirende Hautanschwellung an den Handrücken und dem rechten Oberschenkel. — Galvanocaustische Beseitigung der Schwellkörper der unteren Nasenmuscheln. Heilung. — R. ist der Ueberzeugung, dass im vorliegenden Falle Asthma und Oedem (ähnlich wie in den Fällen von Raynaud, Brigault, Unger und Dubrousquet-Laborderie, wo Asthma mit Urticaria coïncidirte) als Reflex-Erscheinungen der Nasenaffection zu gelten hatten und durch Heilung dieser zum Schwinden gebracht wurden.

Beschorner.

c) Pharyngo-laryngologische:

Pharyngitis haemorrhagica. (Pharyngite hémorrhagique.) Von Dr. Arthur Jamison. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4.)

Bei manchen Patienten treten zeitweise Congestionen zum Pharynx auf mit Husten und blutigem Auswurf. Die Lungen sind dabei gesund und das Microscop lässt keine tiefere Erkrankung nachweisen; meist haben diese Patienten eine Leberhypertrophie und sie heilen nicht, wenn man den Pharynx blos local behandelt. Giebt man aber salinische Abführmittel, so kommt man zu günstigen Resultaten. Dr. P. K.

Bemerkungen über acute Miliartuberculose des Pharynx. (Note et observations sur la tuberculose miliaire aigue du pharynx.) Von Dr. Aigre. (Société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Drei Fälle, in denen wenig Koch'sche Bacillen, dagegen viel fremdartige Microben (Diplococcus, Staphylococcus und Streptococcus) nachzuweisen waren. Autoinfection ist in den seltensten Fällen nachweisbar. Heilung unmöglich. Dr. P. K.

Infectiöse Phlegmone des Pharynx und des Larynx. (Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx.) Von Dr. Merklen. (Société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Weil der Abscess tief sass, wurde der Larynx zugleich ergriffen. Es ist dasselbe Leiden, welches als retrolaryngealer Abscess, primäre phlegmonöse Laryngitis, acutes Glottisoedem beschrieben wurde. Acute Dysphagie und Dyspnoe, Fieber, Albuminurie, Milzschwellung kommen hinzu, Lungencomplication nicht constant. Prognose schlecht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Operation einer überzähligen Mandel. (Ablation d'une amygdale surnuméraire.) Von Dr. Carroll Morgan. (Association laryngologique américaine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Zwischen Gaumenbögen und Uvula sass nach rechts ein Tumor, welcher seines schnellen Wachsthums, der angeschwollenen Lymphdrüsen und der hereditären Belastung wegen als verdächtig angesehen werden musste; Schluckbeschwerden und Schmerzen beim Rauchen. Der Tumor wurde abgeschnitten und die Wurzel mit dem Galvanocauter gebrannt. Die microscopische Untersuchung ergab Mandelgewebe; seit 4 Jahren noch keine Recidive. Es sind dies seltene Fälle, Verf. konnte nur zwei in der Literatur verzeichnet finden. Ref. glaubt, dass manche in der letzten Zeit als fibröse Mandelpolypen beschriebene und mit Erfolg durch einfachen Scheerenschnitt entfernte Tumoren Mandelgewebe haben sein können. Dr. P. K.

Doppelseitige Eiterung der Submaxillardrüsen. (Double suppuration des glandes sousmaxillaires.) Von Dr. Pilliet. (Bull. de la société anatomique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Besonders im Greisenalter im Verlauf anderer acuter Processe. Die Entzündung beginnt in den Acini selbst und geht dann erst auf das interacinöse Gewebe über; es ist also derselbe Process, wie ihn Virchow, Rindfleisch, Ranvier und Cornil bei Parotitis nachgewiesen haben; die septische Infection geht also vom Munde aus; man soll deshalb, namentlich bei alten Leuten, während allen acuten Krankheiten eine strenge Antisepsis des Mundes beobachten. Dr. P. K.

Der Puls am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. (Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insufficiance aortique.) Von Dr. Merklen (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Bei mehreren solcher Kranken beobachtet; das schmale Zäpfchen schwoll rhythmisch an und ab, synchronisch mit dem Radial- und Carotispuls. Dr. P. K.

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. Von Prof. Dr. H. Krause. (Berlin. klin. Wochenschr. No. 20, 1892.)

Nach Versuchen an Kaninchen, Katzen und Hunden fand K. die Angaben Burkart's, dass dem Nerv. laryng. inf. ausser der centrifugalen auch die centripetale Leitungsfähigkeit zugesprochen werden müsse, bestätigt und überdies in dem Sinne ergänzt, dass die centripetale Reizung des Nerven nicht nur die Exspirationsstellung des Zwerchfelles und einen Athmungsstillstand in dieser Respirationsphase, sondern gleichzeitig auch die Verengerung des Kehlkopfes, die Adduction der Stimmbänder und einen mehr oder weniger lange andauernden Stillstand der letzteren in dieser Stellung auszulösen vermag, und ferner, dass der Nerv. laryng. inf. ein gemischter Nerv ist, dem ausser der Eigenschaft als motorischer auch diejenige eines sensiblen oder reflexvermittelnden Nerven zukommt, dass derselbe dementsprechend auch dem Gesetze der Reflexe unterliegt, nach welchem Erregungen centripetaler Leitungs-

Digitized by Google

bahnen im Centralorgane auf centrifugale Leitungsbahnen übertragen werden können und an der Peripherie die specifische Wirkung derselben auslösen.

K. modificirt darnach seine früher ausgesprochene Ansicht, dass es sich bei den Folgen der mechanischen Reizwirkung um Krampf- oder Contracturzustände, erzeugt durch den ausschliesslich motorischen Nerven, handele, dahin, dass hierbei durch Reizung eines gemischten Nerven reflectorisch hervorgerufene motorische Störungen (Krampf oder Contractur) in Frage kommen. Aus der gemischten Natur des Nerven, resumirt K., werden sich nun auch Zuckungen, Tremor, vorübergehende Spasmen der Stimmbänder, Husten, Exspirationskrämpfe und ähnliche Symptome leichter erklären lassen.

Auf die sog. „Posticuslähmung" und die bei physiologischen und pathologischen Vorgängen dem Musc. cricoarytaenoideus postic. zukommende Bedeutung übergehend, so stimmt K. der Meinung von Herm. Meyer bei, dass der genannte Muskel regulirender Antagonist des Musc. cricoarytaenoideus anticus ist und als solcher einerseits die Bewegungen der Giesskannenknorpel mit mehr Stetigkeit und Sicherheit geschehen lässt, andrerseits die geöffnete Ruhestellung der Stimmritze verbürgen hilft. Man erkennt ihn nunmehr ebenso betheiligt bei dem Vorgange der Phonation wie den Musc. cricoarytaenoid. ant. als seinen Antagonisten bei demjenigen der Athmung, und haben wir ihn uns vorzustellen als mitwirkend bei dem physiologischen Acte der Phonation, wie mitleidend bei der pathologischen Erscheinung der Medianstellung des Stimmbandes durch Reflexcontractur oder, wie K. nunmehr diese Affection kürzer bezeichnen möchte, der Reflexcontractur des Stimmbandes.

Beschorner.

Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen. Von Dr. O. Chiari. (Wien. klin. Wochenschr. No. 52, 1891.)

Verf. hält es nach seinen Untersuchungen für bewiesen, dass in Stimmbandpolypen die Cystenbildung fast immer auf Erweiterung von Lymphgefässen oder auf Erweiterung von Bindegewebsmaschenräumen oder auf seröser Transsudation in oder unter das Epithel beruhe. Für die Entstehung der als selbstständiges Geschwülstchen auftretenden kleinen Cyste des Stimmbandrandes in einem seiner Fälle hält Verf. Erweichung des Bindegewebes als Ursache. Auf Dilatation von Drüsenschläuchen nach Verlegung des Ausführungsganges kann die Cystenbildung nur selten beruhen, da in den meisten Stimmbandpolypen auch an der Kante des Stimmbandes Drüsen fehlen. In einem Fall konnte Verf. die nahezu bohnengrosse Cyste auf Lymphgefässektasie zurückführen.

W. Lublinski.

Acutes Glottisoedem während des Verlaufes von Mumps. (Oedème aigu du larynx au cour des oreillons,) Von Dr. Pilatte.

Tracheotomie; nach 4 Tagen konnte die Canüle entfernt werden. Es bestand jedenfalls venöse Compression durch die sehr entwickelte Geschwulst.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. Von Dr. v. Krzywicki in Königsberg i. Pr. (Deutsche Med. Wochenschr. No. 12, 1892.)

Genaue Mittheilung der diesbezüglichen Krankengeschichte eines 17jährigen Jünglings, aus der hervorgehoben werden möge, dass bei Versuchen, namentlich mehrsilbige Worte oder Sätze auszusprechen, die zögernd ansetzende, zitternde, stossweise in's Falsett, dann augenblicklich in tiefen Bass übergehende und ganze Reihen von verschiedenen, in gewissen Abständen sich wiederholenden Tönen producirende Stimme auffallend war. Für den, derselben Erscheinung an den Extremitäten analogen Intentionstremor der Glottis macht K. auf Grund genauer laryngoscopischer Beobachtung einen, wie er ihn nennt, „Intentionsclonus" der Mm. crico-arytaenoidei laterales, der Mm. thyreo-arytaenoidei (vielleicht auch crico-thyreoidei) und ganz besonders der Mm. crico-arytaenoidei postici verantwortlich, während er den Grund für das Ueberschnappen der Stimme und für ihren jähen Uebergang in's Falsett oder in den Bass zum Theil in der Schwäche oder Parese der Mm. thyreohyoidei und sterno-thyreoidei zu erblicken glaubt, da hierbei der Kehlkopf der in dem Augenblick an ihn gestellten Forderung hinsichtlich einer höheren oder tieferen Stellung nicht Folge zu leisten und seine tonregulirende Thätigkeit nicht auszuüben im Stande ist, daher nothgedrungen, wenn trotzdem gesprochen wird, eine ganz anders lange und anders geformte Luftsäule in Bewegung gesetzt wird, als im betreffenden Augenblicke erforderlich, und somit ein ganz anderer Ton, als der beabsichtigte, hervorgebracht werden muss. —

Solutio Fowleri in steigender Dosis und constanter Strom schienen den Zustand zu bessern. Beschorner.

Blutcyste im Kehlkopf. (Cas de kyste sanguin du larynx.) Von Dr. Charazac. (Annales de la Policlinique de Toulouse und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein Schullehrer hat einen dunkelrothen Tumor am vorderen Drittel des rechten Stimmbandes; Zerquetschen mit der Zange. Heilung.

Dr. P. K.

Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinoscleroma). Von Dr. Richard Paltauf. (Wiener klin. Wochenschrift No. 52, 1891 und No. 1 u. 2, 1892.)

Auf Grund 15 bisher noch nicht untersuchter und beschriebener Fälle ergänzt Verf., der im Jahre 1886 mit Eisenberg seine Untersuchungen über die Aetiologie des Rhinoscleroms veröffentlicht hatte, seine damaligen Ergebnisse dahin, dass die das Sclerom der Nase begleitenden oder demselben nachfolgenden, in anderen Fällen vorausgehenden, mithin selbstständig auftretenden Erkrankungen des Larynx und der Trachea dem Sclerom der Nase identische Erkrankungen seien. Es kann das Sclerom primär von der Nasenhöhle, zumeist dem harten Abschnitt derselben, aber auch vom Larynx und der Trachea ausgehen. Der Nachweis der Rhinosclerombacillen ist in zweifelhaften Fällen diagnostisch verwerthbar, da sich dieselben von den nahe verwandten Friedländer-schen ausser durch die geringere Virulenz, durch das verminderte Gährungs-

Digitized by Google

vermögen in Zuckerlösungen, die grössere Empfindlichkeit gegen Säure, endlich durch das Verhalten in der Milch und in alten Gelatineculturen unterscheiden. W. Lublinski.

Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. Von Dr. Baumgarten. (Deutsche medicinische Wochenschrift.)

Dass an Stelle der Menstruationsblutungen vicariirende Blutungen eintreten, ist längst bekannt. Besonders hat Autor die Nasenblutungen, aus diesem Grunde entstanden, schon früher beschrieben. Jetzt ist er in der Lage, nachzuweisen, dass Blutungen im Kehlkopf mit der Menstruation in deutlichem und unmittelbarem Zusammenhange stehen, da dieselben immer kurz vor der Periode oder bei verspäteter eintreten. Im Vergleich zu den Nasenblutungen sind die des Kehlkopfes sehr gering. Sie befinden sich meistens auf den falschen oder wahren Stimmbändern, seltener entstehen sie in der Luftröhre. B. bestätigt seine Angaben durch kurze Krankengeschichten. Ferner werden durch Menstruationsanomalien Paresen und Paralysen des Larynx bedingt; eine Krankheitsform, die sehr häufig auftritt. Diese Paresen sind deutlich differenzirbar von den hysterischen, da sie bei Hebung der Anomalien in der Periode sofort wieder verschwinden. Ausserdem sind bei Frauen, die mit uterinen Leiden behaftet sind, die catarrhalischen Erkrankungen des Kehlkopfes viel häufiger mit Paresen combinirt, als bei anderen Leuten. Als solche uterine Beschwerden ist auch Beginn der Gravidität anzusehen. Erwähnung wird ferner eines Falles gethan, den Bayer in der letzten laryngologischen Versammlung der belgischen Aerzte vorgetragen hat, bei welchem ein Mädchen, die einen tuberculösen Larynx hatte, vom Oedem des Kehlkopfes zur Zeit der Menstruation befallen wurde. Dann wird noch der trockne Rachencatarrh besprochen, der auch oft von Climacterium abhängig sein soll. Zuletzt gedenkt der Autor noch des von Rosenberg beschriebenen Falles, betreffend ein Larynxödem nach Jodkaligebrauch, und erklärt sich mit Rosenberg's Ansicht nicht einverstanden, dass das betreffende Oedem von der Idiosyncrasie gegen Jodkalium entstanden sei, sondern behauptet, dass zweifellos auch hier die Menstruationsanomalien eine hervorragende Rolle spielen.

Cohnstädt, Erfurt.

Acuter Catarrh des Kehlkopfs. (Acute catarrh of the larynx.) Von Gordon Holmes, London. (Lanc. 1892, 6. Febr.)

Verf. giebt zunächst eine kurze historische Einleitung von der vorhippocratischen Zeit an bis auf Albers im Jahre 1829, der zuerst eine genauere Beschreibung des acuten Catarrhs gegeben habe und dann weiter auf die neue Zeit des Kehlkopfspiegels. Er beschreibt sodann genau die subjectiven und objectiven Symptome und die Ursachen. Bei dem falschen Croup der Kinder erklärt er das Zustandekommen der Anfälle durch Lähmung oder Krampf der Muskeln. Die Ansicht von Niemeyer und Mackenzie, dass sie durch das Eintrocknen des Schleims hervorgerufen würden, bestreitet er. Die von Dehio, dass eine subglottische Schwellung die Veranlassung sei, wird nicht erwähnt. Die angegebene Behandlung ist die übliche. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Angeborene Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. (Congenital malformation of the larynx and trachea with a diverticulum of the oesophagus.) Von Dr. F. Semon (London). (Lanc. 1892, 2. April.)

Verf. zeigte in der Sitzung der Clinical society of London einen solchen Fall von einem 26jährigen Mädchen. Der Schildknorpel stand etwas tiefer und weiter heraus wie gewöhnlich. Seine beiden Hälften waren nur durch Bandmasse vereinigt. Man konnte mit dem Spiegel direct in den rechten Ventrikel sehen. Die Stimmbänder bewegten sich natürlich. Dr. M. Schm.

Kehlkopferkrankungen nach Influenza. (Laryngeal affections after Influenza.) Von Prof. James, M. D., London. (Lanc. 1892, 27. Febr.)

Ausser den gewöhnlichen catarrhalischen Erkrankungen bei Influenza kommen noch eine ganze Menge nervöser Störungen vor. Erstens solche, die entfernt von dem Orte der primären Erkrankung sich zeigen. Dieselben ähneln den nach Diphtherie beobachteten so, dass man zweifelhaft werden kann, welches die primäre Erkrankung war. Dann kommen aber auch eine Reihe von Befallensein einzelner Nerven vor, besonders solches der Adductoren. Der Anterior erkrankt auch nicht so selten und dann kommen auch natürlich, da er von dem Superior versorgt wird, Sensibilitätsstörungen vor, Anästhesie und Hyperästhesie. Geringere Grade derselben bleiben bei der Breite der physiologischen Verschiedenheit der Sensibilität oft unbemerkt. Dann hat Verf. auch noch choreaartige Störungen gesehen, Stottern etc. Dr. M. Schm.

Kehlkopfchorea. (Laryngeal chorea.) Von Jas. H. Nicoll, Glasgow. (Lanc. 1892, 12. März.)

Verf. beschreibt 3 Fälle bei Kindern, die sich besonders in trocknem Husten äusserten. Es gelang ihm in allen Fällen durch starkes Hintenüberbeugen des Kopfes und Festhalten des Kehlkopfes nach oben, um den choreatischen Bewegungen auf- und abwärts zu begegnen, den Husten für eine Zeit lang zu unterdrücken. Zwei der Fälle bekamen nachher noch allgemeine Chorea.

Thyreotomie wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. (Thyreotomy for malignant growth of the larynx. Von Dr. F. Semon. (Lanc. 1892, 2. April.)

Verf. stellte den 38jährigen Mann vor, bei welchem er die Operation vor etwa 8 Monaten gemacht. Der Kranke konnte mit fast nicht veränderter Stimme sprechen, da sich ein Narbenstrang an der Stelle des weggenommenen Stimmbandes gebildet hatte, welcher wie ein solches wirkte. Dr. M. Schm.

Concave Kehlkopfspiegel. (Miroirs laryngiens concaves.) Von Dr. Rayner Batters. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Schwache Concavität; die Beleuchtung wird heller und das Bild vergrössert sich um $^1/_3$. Wenn man Spiegel anwendet, deren Brennweite hinlänglich gross ist, bekommt man nette Bilder; immer aber ist die Trachea und namentlich deren Theilungsstelle verstellt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Concave Kehlkopfspiegel. (Miroirs laryngiens concaves.) Von Dr. Creswell Baber. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. bemerkt, dass viele Autoren, namentlich M. Makenzie, Solis Cohen, Voltolini, Türck und Wertheim sich schon der Concavspiegel bedienten, sie wurden theils verworfen, von Anderen anerkannt. Referent hat von keinem dieser Spiegel ordentliche Larynxbilder erhalten, sieht auch in der Vergrösserung eher einen Nachtheil, als einen Vortheil.

Dr. P. K.

Cystenkropf. Thyroidectomie, Heilung. (Goître kystique. Thyroidectomie. guérison.) Von Dr. Th. Raymond. (Journal de la société de méd. et de pharmacie de la Haute Vienne und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Jodinjectionen nach Luton können bei nicht zu voluminösen Cystenkröpfen angewandt werden; wenn aber 4 — 5 Einspritzungen resultatlos bleiben, so soll man davon abstehen. 2) Bei allen Kröpfen ist die Operation vorzuziehen. 3) Die Operation, streng antiseptisch ausgeführt, ist gefahrlos. 4) Bei der Enucleation soll man die gesunde Schilddrüse wegen der Blutungen und der consecutiven nervösen Folgen soviel als möglich schonen.

Dr. P. K.

Ungeheurer Cystenkropf mit schneller Entwickelung. Thyroidectomie, Heilung. (Enorme goître kystique à développement rapide. Thyroidectomie, guérison.) Von Dr. L. Picqué. (Archives de laryngologie und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Eine 39jährige Frau ist seit ihrem 15. Jahre mit einem immer wachsenden Kropf behaftet. Die intraglandulaire Enucleation wurde gemacht und die Heilung trat ein, trotzdem der Tumor retrosternal war. Man soll die Enucleation immer der Totalexstirpation vorziehen.

Dr. P. K.

Klinische Studie über infectiösen sporadischen Kropf. (Etude clinique sur les goîtres sporadiques infectieux.) Von Dr. Charcot. (Revue de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Es muss ein Locus minoris resistentiae bestehen; entweder ein schon bestehender Kropf oder der Kranke muss sich in einer Kropfgegend befinden. Er entsteht während Typhus, Rheumatismus und besonders Malaria; bei Typhus kann Eiterung eintreten, bei den zwei anderen Formen genügt die gewöhnliche Behandlung zur Heilung. Der betreffende Microb ist noch unbekannt. In seltenen Fällen findet man die Krankheit bei Tuberculose und Variola.

Dr. P. K.

Kropfexstirpation und deren Folgen. (De l'ablation du goître et des accidents consécutifs.) Von Dr. Caselli. (Semaine médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Von 78 Exstirpationen starb nur ein Fall; davon waren 14 Totalexstirpationen; womöglich soll man ein Stück der Drüse stehen lassen; dies genügt zur Verhütung der Cachexia strumipriva. Die Totalexstirpation hat schlimmere Folgen bei jungen, als bei älteren Leuten; man

Digitized by Google

soll doppelte Unterbindungen der Aeste der Arteria thyr. inferior machen; diese Methode ist besser, als den Stamm der Arteria thyr. inferior zu unterbinden; so werden die Tracheal- und Laryngealstörungen vermieden.
Dr. P. K.

Grosses Cystenfibrom des Larynx. Endolaryngeale Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie. (Fibrome kystique volumineux du larynx. Extirpation endolaryngée sans trachéotomie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Eine 23jähr. Patientin zeigte in der Höhe des rechten Ligamentum aryepiglotticum ein haselnussgrosses, in den Larynx hineinragendes Cystenfibrom, welches mittelst der galvanocaustischen Schlinge in toto entfernt wurde. Heilung in 8 Tagen. Interessant ist, dass ein so grosser Tumor ohne Tracheotomie entfernt werden konnte und dass ein Fibrom sich im Verlaufe der Zeit in eine Cyste umwandelte. Dr. P. K.

Ein Fall von bronchiectatischem Abscess, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre. (Case of bronchiectatic abscess due to the Impaction of an O'Dwyers tube.) Von Dr. Sutherland, London. (Lancet 1892, 23. Jan.)

Ein 17jähriger Mann hatte in Folge einer Verletzung eine Verengerung der Luftröhre, gegen welche erst Tracheotomie und dann Intubation gemacht wurde. Bei einem Hustenanfall gelangte die Tube in die Luftröhre. Anfangs machte sie keine Erscheinungen, später traten eitrige Absonderung und Fieber auf, nach welchen er dann nach 9 Monaten starb. Die Section ergab einen grossen Abscess in der linken Lunge. In dem linken Bronchus lag die Tube. Man hatte versucht, von aussen den Abscess zu treffen und gelangte auch hinein, aber der Fremdkörper war nicht zu fühlen. Dr. M. Schm.

Ueber Ictus laryngeus. (De l'ictus laryngé.) Von Dr. Cartaz. (Congrès international de laryngol. et d'otol., Paris 1889.)

Während eines Hustenstosses treten bei sonst kräftigen, aber gewöhnlich gichtischen Leuten Schwindel mit momentaner Bewusstlosigkeit auf; gewöhnlich besteht Pharyngitis mit leichtem Larynxcatarrh. Verf. erzählt 4 neue Beispiele; er sieht die Krankheit als Reflexerscheinung, von Ueberreizung der Mucosa der obersten Luftwege ausgehend, an; die Nervenendigungen des Vagus bringen den Reiz zu den centralen Bulbi: bei geringem Reiz blos Husten und Schwindel, bei stärkerem Reize Ohnmacht mit Verlust des Bewusstseins; in einigen Fällen nahm Charcot als Ursache die asphyctischen Erscheinungen an. Dr. P. K.

Anatomische Untersuchungen über das Larynxödem. Von Hajek. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 42, H. 1, 1891.)

Die häufigsten Fälle von Larynxödem sind bekanntlich entzündlicher Natur, wobei die Entzündung von einem primären Herd in der Submucosa sich fortpflanzt. Die Ausbreitung hängt nun davon ab, an welchen Stellen das submucöse Gewebe ein reichliches oder spärliches ist, an welchen Stellen die Schleimhaut an den darunterliegenden Gebilden locker oder ohne Zwischengewebe straff angeheftet ist. Hiervon hängt es ab,

Digitized by Google

ob an einem Orte das Oedem hochgradig oder gering sein wird, ob es überhaupt entstehen und wenn entstanden, ob es von einem Theil des Larynx in den andern leicht oder schwer sich fortpflanzen kann.

Da über die topographischen Verhältnisse des submucösen Gewebes keine genauen Untersuchungen vorhanden sind, so hat dies Verf. unternommen. Zu diesem Zweck wurde sowohl Berlinerblau als auch andere flüssige, meist gefärbte Gelatine in die verschiedensten Theile des submucösen Gewebes injicirt. Die auf diese Weise erhaltenen Präparate wurden theils frisch untersucht, theils in Alcohol gehärtet und dann an Durchschnitten das Verhalten des submucösen Gewebes untersucht. Um eine leichtere Uebersicht zu haben, theilt Verf. das submucöse Gewebe in zwei Hauptgebiete, einmal in das Gebiet des Kehlkopfeinganges, wozu Epiglottis und Aryfalten gehören, und dann in das des Kehlkopfsinnern, an welchem die seitliche, die vordere und die hintere Larynxwand unterschieden werden. Von allen diesen Gebieten wurden nach einer Reihe von Präparaten die Resultate der Untersuchungen mitgetheilt und durch eine Anzahl von Abbildungen erläutert. Die Details sind im Original einzusehen. W. Lublinski.

Tertiäre Larynxsyphilis, Syphilis der Bronchien und der Trachea; Bronchopneumonie und Pleuritis. Schwellung der Peritrachealdrüsen, Compression des Recurrens und Trachealverengerung. (Syphilis tertiaire du larynx, de la trachée et des premières bronches; bronchopneumonie et pleurésie. Adénopathie péritrachéale, compression du nerf recurrent droit et rétrécissement de la trachée; mort, autopsie.) Von Dr. F. Raymond. (Société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Der Titel giebt zugleich die Krankengeschichte. Wichtig ist das Fehlen von Geschwüren und der ungeheure, die Trachea und den Recurrens drückende Ganglientumor. Dr. P. K.

Larynxpapillom im Kindesalter. Spontane Heilung nach ausgeführter Tracheotomie. (Papillome du larynx chez l'enfant. Disparition spontanée après trachéotomie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1891.)

Spontane Heilungen von Papillomen sind allgemein bekannt. Verf. erzählt die Krankengeschichte eines 4jährigen Mädchens, bei welchem wegen Erstickungserscheinungen bei diagnosticirtem Papillom des linken Stimmbandes die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Spontane Heilung nach einigen Monaten, so dass die Stimme normal wurde und die Canüle entfernt werden konnte. Verf. betont die Nothwendigkeit der frühzeitigen Tracheotomie, welche nicht nur palliativ, sondern selbst curativ wegen der absoluten Ruhe des Larynx wirkt. Dr. P. K.

Larynxpapillom bei einem 3jährigen Kinde. (Papillome du larynx chez un enfant de trois ans.) Von Dr. Gemell. (Glasgow med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du l'arynx No. 5.)

Athemnoth, Heiserkeit, Laryngitis stridulosa, Tracheotomie mit nachfolgender hoher Temperatursteigerung, Tod. Die Section ergab die Todesursache nicht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Traumatisches Haematom des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. Aphonie, Schmerz, Heilung. (Hématome traumatique du larynx, consécutif à un coup sur la gorge. Aphonie, douleurs laryngées) Von Dr. Maxwelle Ross. (Edinb. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5.)

Rother, die Cart. arytänoideae und die falschen Stimmbänder einnehmender Tumor Verf. erzählt den Fall wegen seines seltenen Vorkommens. Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroidea. (Laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Richelot. (Union médicale und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Verf. will die Tracheotomie durch die viel leichtere und rasch ausführbare Laryngotomia intercricothyroidea ersetzt wissen, nur nicht in dem Falle, wo das Respirationshinderniss unter der Cart. cricoidea sitzt. R. kann aus allbekannten Gründen dieser Ansicht nicht bestimmen. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von der Combination der Syphilis und der Larynxtuberculose. (Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Das Interessante an der Arbeit ist, dass Tuberculose an der Oberfläche syphilitischer Geschwüre auftreten kann, was durch den microscopischen Befund bewiesen wurde. Dr. P. K.

Blutegel im Larynx. (Une sangsue dans un larynx.) Von Dr. C. Aubert in Algier. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 2, März—April 1892.)

Eine 57 Jahre alte Dame in Blad-Guitoun (Kabylien) empfand nach dem Genusse eines Glases Wein einen Stich in der Kehle und wurde einige Stunden später durch Erstickungszufälle und heftiges Blutbrechen aus dem Schlafe geweckt. Zahlreiche, durch 7 Tage fortgesetzte Mittel schlugen fehl. Die laryngoscopische Untersuchung liess hierauf einen Blutegel (?), der hinteren Fläche der Epiglottis aufsitzend, erkennen. Extractions-Versuche per os misslangen, das Thier fiel schliesslich nach unten und setzte sich in der Gegend des ersten Trachealringes fest. Tracheotomie. Entfernung des jetzt 4 Cm. langen, bleistiftdicken Egels durch die Wunde.

Beim Verschlucken war das Thier fadenförmig und fast unsichtbar klein gewesen. In 7 Tagen hatte es die angegebene Grösse erreicht.
Beschorner.

Heilung eines Morbus Basedowi. (Guérison d'un goître exophtalmique.) Von Dr. Gérin-Roze. (Bulletin médical und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Ein 36jähriges Mädchen zeigte ausser den gewöhnlichen Symptomen des Morbus Basedowi noch schwere gastrische Erscheinungen. Die gewöhnliche Behandlungsweise blieb resultatlos und nur ein lange fortgesetzter Landaufenthalt brachte Heilung (?). Dr. P. K.

Digitized by Google

Tabes dorsalis und Morbus Basedowi. (Rapports de l'ataxie locomotrice et du goître exophtalmique.) Von Dr. G. Ballet. (Bulletin médical und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Der Morbus Basedowi, mit materiellen anatomischen Veränderungen verbunden, ist eine Ausnahme. Wenn Tabes und Morbus Basedowi zusammen bestehen, so muss man darin nur eine einfache Krankheitsassociation erblicken, nicht aber eine Krankheitslocalisation im Bulbus. Das überaus schnelle Herzklopfen ist das characteristische Symptom des Morbus Basedowi; letztere Krankheit heilt oft, besonders wenn sie acut aufgetreten, durch den faradischen oder den continuirlichen Strom.

Dr. P. K.

Verschiedene im Laryngoscop gesehene Epiglottisformen. (Differents aspects d'épiglottes normales vues au laryngoscope.) Von Dr. Audubert. (Ann. de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryngol. et d'otologie No. 19.)

Es besteht eine grosse Zahl normaler Epiglottisformen. Verf. versucht selbe zu gruppiren und sie unter bestimmte Rubriken zu bringen. Ungeübte Aerzte können selbe ganz gut als krankhafte Formen ansehen; so können Einkerbungen z. B. als Ueberreste von Geschwüren gedeutet werden. Verf. giebt eine Reihe Abbildungen normaler Kehldeckel.

Dr. P. K.

Metastatische Thyroiditis. (Thyroidite métastatique.) Von Dr. Kummer und Dr. Tavel. (Société de chirurgie de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

1) Thyroiditis typhosa. Ein 26jähr. Mädchen hat Fieber, Diarrhoe und Schmerzen an der linken Halsseite; die Halssymptome nahmen zu, es kam Erstickungsgefahr und man machte die theilweise Thyroidectomie bei noch bestehendem Fieber; seit dem zwölften Jahre hatte schon der Kropf bestanden; die Trachea war säbelscheidenförmig plattgedrückt, der Recurrens wurde durchschnitten und dennoch trat vollständige Genesung ein; der typhöse Bacillus (Eberth) wurde microscopisch in der Struma nachgewiesen und so wurde die Diagnose erst auf Typhus gestellt.

2) Thyroiditis postpuerperalis. 31jährige Frau, strumös seit lange, Kropf nahm bei jeder Schwangerschaft zu und wurde retrosternal; halbseitige Exstirpation, man fiel während der Operation in den Eiterherd. Heilung.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. Laryngotracheotomie. (Corps étranger de la trachée; laryngotrachéotomie.) Von Dr. Montaz. (Semaine médicale und Société de chirurgie, Mai 1891.)

Ein 13jähriges Kind hielt einen Kupferdraht im Munde, wurde von einer Gespielin auf den Nacken geschlagen und verschluckte den Fremdkörper. Man erkannte denselben unterhalb des Larynx und dennoch wurde die Operation verweigert. Nach 9 Monaten trat der erste Erstickungsanfall auf; die gleich darauf ausgeführte Tracheotomie genügte nicht, man musste die Laryngotomie folgen lassen, und nun konnte erst der Fremdkörper entfernt werden. Heilung nach 8 Tagen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. Von Dr. Schlutter. (Aus der Züricher chirurg. Klinik von Prof. Kroenlein.) (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 5 u. 6, 1892.)

Nach einem Rückblick auf die Erfahrungen und Resultate, welche sich bisher auf der chirurgischen Klinik Kroenlein's ergeben haben und die sich auf ein volles Decennium beziehen, fasst Verf. die während dieser Zeit gesammelten Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

Die souveräne Methode für die Behandlung der diphtherischen Larynxstenosen ist und wird voraussichtlich auch bleiben: die Tracheotomie. Die Intubation führt in einer Reihe von geeigneten Fällen in vielleicht kürzerer Zeit und in weniger eingreifender Weise ebenfalls zum Ziel. Diese Fälle müssen aber sorgfältig ausgewählt werden und der Anwendungskreis der Intubation muss in engen Grenzen liegen, damit dieses operative Verfahren nicht mehr Schaden als Nutzen stiftet. Als günstig sind die Processe zu erachten, die sich möglichst nur auf den Larynx erstrecken. Findet man nach einem Intubationsversuch, dass die Athmung nicht vollständig frei wird, oder geht der Process nach unten weiter oder tritt Erschwerung der Nahrungsaufnahme ein, so darf mit der secundären Tracheotomie nicht gewartet werden. Bei Glottisödem, bei Sitz der Stenose in tieferen Theilen der Luftröhre, ist nur zu tracheotomiren. Dagegen kann die Intubation in der Behandlung chronischer Stenosen der Trachea, besonders bei Granulationsstenosen nach Tracheotomie, glänzende Erfolge erzielen. Als Folge bleibt, dass die prognostisch günstigen Fälle der Intubation zufallen und die Mortalität der zu tracheotomirenden Kinder bei Anwendung beider Methoden in Zukunft noch grösser sein wird.

Eine vergleichende Statistik, welche ohne Berücksichtigung dieser Momente die Resultate beider Methoden in nackten Zahlen einander gegenüberstellt, ist daher ebenso unwissenschaftlich wie werthlos. W. Lublinski.

Spontane Resorption von Larynxtumoren nach Tracheotomie. (Un cas de resorption spontanée de tumeurs du larynx à la suite de la trachéotomie.) Von Dr. Hunter Makenzie. (The Lancet und Revue de laryngol. et d'otol. No. 22.)

Bei Kindern können Larynxtumoren nach ausgeführter Tracheotomie spontan verschwinden; Verf. hat 1883 und 1884 einen solchen Fall im Edinburgh med. Journal veröffentlicht. Ein 5jähriges Kind musste nach Masern wegen Athemnoth operirt werden; die Canüle musste ein Jahr lang getragen werden und während dieser Zeit hatte man oft Gelegenheit, die den Larynx verstopfenden kleinen Tumoren zu sehen; sie verschwanden allmählig; jetzt, 6 Jahre nach der Operation, ist der Larynx noch normal. Dr. P. K.

Ueber die mit Calcification der Trachea complicirte Tracheotomie. (Sur la trachéotomie compliquée de calcificatiou de la trachée.) Von Dr. Nicaise. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

In drei solchen Fällen musste Verf. die Scheere statt des Messers nehmen, um die Trachea zu spalten. Es handelt sich in solchen Fällen

Digitized by Google

um Calcification, nicht um Ossification; sie kommt meistens bei Krebs des Larynx vor. In solchen Fällen punctirt man mit dem Messer zwischen 2 Knorpelringen und führt dann eine Scheere ein, um die Trennung auszuführen; man muss in solchen Fällen keine zu dicke Canüle einführen. Verf. erzählt 2 Krankengeschichten, wo er auf obige Weise operiren musste. Dr. P. K.

Einathmungen von Menthol-Dämpfen bei Tracheitis. (Inhalations des vapeurs de Menthol dans la trachéite.) Von Dr. Lubet-Barbon und Alf. Martin. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 2, März—April 1892.)

Empfohlen bei acuter Tracheitis und Laryngitis, insbesondere mit schmerzhaften Empfindungen und Reizhusten, wo es sich nicht um tuberculöse Processe handelt. Bei chronischen Entzündungszuständen der Trachea sind intratracheale Einspritzungen von Mentholöl vorzuziehen.

Beschorner.

Permanentes doppelklappiges Dilatatorium für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. (Dilatateur bivalve permanent de la trachée destiné à remplacer la canule trachéale.) Von Dr. Egidi. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Das zweiklappige, den gewöhnlichen Trachealcanülen ähnlich gebogene, durch eine Stellschraube beliebig zu stellende Dilatatorium soll folgende Vorzüge haben: 1) Tracheotomie verläuft schneller; man braucht kein gewöhnliches Dilatatorium; 2) man kann das Instrument beliebig weit machen und die Trachea leichter reinigen; 3) man braucht keinen Assistenten; Blutungen und Asphyxie werden leichter bekämpft; 4) die Operationswunde und die Trachea sind sichtbar; 5) die Nachbehandlung ist leichter; 6) man kann immer eine gewöhnliche Canüle einführen; 7) dasselbe Dilatatorium kann für jedes Alter angewandt werden; 8) es hat besondere Vorzüge bei Fremdkörperextraction. Dr. P. K.

Oesophagusvarices bei chronischem Alcoholismus. (Varices de l'oesophage dans l'alcoolisme chronique.) Von Dr. Letulle. (Médecine moderne und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Bisher wurde nur die Lebercirrhose als Ursache angesehen. Es genügt, dass eine Phlebitis der grossen Venen bestehe, welche den venösen Blutstrom gegen den Oesophagus treibt, dessen Venen durch den chronischen Alcoholismus schon krank sind. Dr. P. K.

Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. (Gastrotomie pour rétrécissement de l'oesophage.) Von Dr. Terrillon. (Académie de médecine de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

1888 operirt und der Gesellschaft vorgestellt. Nach vielen Versuchen gelang die Dilatation und der Patient konnte auf natürliche Weise ernährt werden; die Magenfistel wurde in zwei Sitzungen operirt und geheilt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Krebsartige Verengerung der Speiseröhre. Gastrotomie. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage, gastrotomie.) Von Dr. Berger und Dr. Canniot. (France médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Man soll frühzeitig operiren und die Operation in 2 Sitzungen ausführen: 1) Festheften des Magens an die Bauchwand; 2) 2 Tage später Eröffnung des Magens mittelst Thermocauter. Dr. P. K.

Ueber das Liegenbleiben der Sonde bei der Behandlung der krebsartigen Verengerungen des Oesophagus. (De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'oesophage.) Von Dr. Gaugolphe. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Die mittelst Fischbeinstab eingeführten, weichen, rothen Sonden, welche liegen bleiben, sind der Gastrotomie vorzuziehen. Solche Patienten leben länger, als wenn die blutige Operation ausgeführt wird. Man soll die Sonde vor der Cachexie einführen und Monate lang liegen lassen. Dr. P. K.

Narbige Verengerung des Oesophagus an der Cardia. Gastrotomie. Spätere Erweiterung der Verengerung. Schliessen der Magenfistel. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage près du cardia. Gastrotomie. Dilatation consécutive du rétrécissement. Fermeture de la fistule stomacale.) Von Dr. Terrillon. (Progrès médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

53jähriger Patient konnte nicht sondirt werden und verlangte Erleichterung. Gastrotomie. Die Wunden wurden durch den sauren Magensaft angefressen und musste ein Gemenge von Kreide und Natron bicarbonicum (āā) in grosser Menge gegeben werden. Später gelang die Einführung der Sonde wieder; man konnte die Fistel durch zweimalige Operation heilen. Heilung. Dr. P. K.

Therapeutische Indicationen bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. (Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'oesophage.) Von Dr. Le Fort. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Die Gastrotomie ist eine leichte Operation, wenn es sich um Extraction van Fremdkörpern handelt; eine schwierige Operation, wenn es sich um Narben, eine sehr schwere, wenn es sich um Carcinom handelt; Verf. ist geneigt, bei letzterem die permanente Sonde nach Krishaber anzulegen. Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.) Von Dr. Périer. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein 10jähriges Mädchen hatte einen Knopf im Oesophagus, welcher Knopf von aussen zu fühlen war. Oesophagotomia externa; Heilung nach 4 Tagen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Druck eines Kropfes, mit Oesophaguscarcinom verbunden. (Une observation de goître constricteur coincidant avec un cancer oesophagien.) Von Dr. A. Pollosson. (La Province médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Ein 58jähr. Patient hatte Athemnoth; ein kleiner Kropf sass oberhalb des Sternum. Da Schlingbeschwerden bestanden, führte man die Sonde ein, welche 18 Ctm. von den Schneidezähnen entfernt auf einen Widerstand stiess. Die Tracheotomie wurde ausgeführt, der Kranke athmete frei; die Oesophagotomia externa wurde gemacht, es muss ein Lappen der Schilddrüse zuerst entfernt werden. Nach einem Monat starb Patient und man fand einen Oesophaguskrebs. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. Heilung. Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomia externa. Guérison.) Von Dr. Stroem. (Journal of Laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5.)

Ein 28jähriger Geisteskranker wollte sich das Leben nehmen und verschluckte einen Stein, dessen 3 Dimensionen 5½, 27 und 28 Mmtr. betrugen und welcher 50 Gramm wog. 23 Stunden nachher wurde die äussere Oesophagotomie gemacht und der Stein mit Schwierigkeit entfernt; derselbe befand sich in der Höhe der zweiten linken Rippe. Nahrung während 2 Tagen mittelst Clysma, am dritten Tage flüssige Nahrung; Heilung in 14 Tagen. Dr. P. K.

Oesophaguscarcinom, mit Dyspnoe beginnend, Erstickungsanfall, Tracheotomie. (Cancer de l'oesophage à début dyspnéique, accès de suffocation. Trachéotomie. Compression des recurrents.) Von Dr. Gaucher. (Société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Solche Fälle, welche leicht mit Larynxstenosen verwechselt werden, treten ein, wenn von Anfang an beide Recurrentes comprimirt werden.
Dr. P. K.

Notiz.

Wie aus Zeitungsberichten hervorgeht, soll das vorbereitende Comité für den im nächsten Jahre in Rom abzuhaltenden internationalen medicinischen Congress mit dem Plane umgehen, entgegen der früheren Gepflogenheit, für Ohrenheilkunde und Laryngologie eine gemeinsame Section einzurichten. Man braucht nur einen Blick in die Berichte der vorausgegangenen Congresse zu werfen, um sich von der Unzweckmässigkeit einer derartigen Verschmelzung zweier Sectionen zu überzeugen. Gerade für die in Rede stehenden Specialdoctrinen waren immer so zahlreiche Vorträge und Demonstrationen angemeldet, dass das Material kaum in zwei Sectionen aufgearbeitet werden konnte, so dass man genöthigt war, die an die Vorträge sich knüpfenden, oft höchst interessanten Discussionen in unliebsamer Weise einzuschränken. Wir sind auch überzeugt, dass, wenn eine solche Verschmelzung der beiden Sectionen vom Comité decretirt würde, gleich in der ersten Sitzung von den Theilnehmern neuerlich eine Trennung in zwei Sectionen beschlossen und durchgeführt wird.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Krepuska: Ein bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgekommenes seltenes Verhältniss. — Killian: Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae. — Ziem: Ueber äussere Anwendung von Cantharіden bei Nasen- und Halskrankheiten — Kritik: Katz: Micrographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Nothers: Traumatische Perforationen des Trommelfelles. — Herzfeld: Ein neuer Catheter für die Tuba Eustachii. — Guye: Zwei Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum mastoideum. — b) Rhinologische: Rethi: Nasales Asthma mit circumscriptem Haut-Oedem wechselnd. — c) Pharyngo-laryngologische: Jamison: Pharyngitis haemorrhagica. — Aigre: Bemerkungen über acute Miliartuberculose des Pharynx. — Merklen: Infectiöse Phlegmone des Pharynx und des Larynx. — Morgan: Operation einer überzähligen Mandel. — Pilliet: Doppelseitige Eiterung der Submaxillardrüsen. — Merklen: Der Puls am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. — Krause: Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Chiari: Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen. — Pilatte: Acutes Glottisoedem während des Verlaufes von Mumps. — Krzywicki: Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. — Charazac: Blutcyste im Kehlkopf. — Paltauf: Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase. — Baumgarten: Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. — Holmes: Acuter Catarrh des Kehlkopfs. — Semon: Angeborene Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. — James: Kehlkopferkrankungen nach Influenza. — Nicoll: Kehlkopfchorea. — Semon: Thyreotomie wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. — Batters: Concave Kehlkopfspiegel. — Baber: Concave Kehlkopfspiegel. — Raymond: Cystenkropf. — Piqué: Ungeheurer Cystenkropf mit schneller Entwickelung. — Charcot: Klinische Studie über infectiösen sporadischen Kropf. — Caselli: Kropfexstirpation und deren Folgen. — Garel: Grosses Cystenfibrom des Larynx. — Sutherland: Ein Fall von bronchiectatischem Abscess, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre. — Cartaz: Ueber Ictus laryngeus. — Hajek: Anatomische Untersuchungen über das Larynxödem. — Raymond: Tertiäre Larynxsyphilis, Syphilis der Bronchien und der Trachea; Bronchopneumonie und Pleuritis. Schwellung der Peritrachealdrüsen, Compression des Recurrens und Trachealverengerung. — Garel: Larynxpapillom im Kindesalter. — Gemell: Larynxpapillom bei einem 3jährigen Kinde. — Ross: Traumatisches Haematom des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. — Richelot: Laryngotomia intercricothyroidea. — Luc: Beitrag zur Lehre von der Combination der Syphilis und der Larynxtuberculose. — Aubert: Blutegel im Larynx. — Gérin-Rozo: Heilung eines Morbus Basedowi. — Ballet: Tabes dorsalis und Morbus Basedowi. — Audubert: Verschiedene im Laryngoscop gesehene Epiglottisformen. — Kummer und Tavel: Metastatische Thyroiditis. — Montaz: Fremdkörper in der Trachea. Laryngotracheotomie. — Schlutter: Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. — Makenzie: Spontane Resorption von Larynxtumoren nach Tracheotomie. — Nicaise: Ueber die mit Calcification der Trachea complicirte Tracheotomie. — Lubet-Barbon und Martin: Einathmungen von Menthol-Dämpfen bei Tracheitis. — Egidi: Permanentes doppelklappiges Dilatatorium für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. — Letulle: Oesophagusvarices bei chronischem Alcoholismus. — Terrillon: Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. — Berger und Canniot: Krebsartige Verengerung der Speiseröhre. Gastrotomie. — Gaugolphe: Ueber das Liegenbleiben der Sonde bei der Behandlung der krebsartigen Verengerungen des Oesophagus. — Terrillon: Narbige Verengerung des Oesophagus an der Cardia. Gastrotomie. Spätere Erweiterung der Verengerung. Schliessen der Magenfistel. — Le Fort: Therapeutische Indicationen bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. — Périer: Fremdkörper im Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. — Pollosson: Druck eines Kropfes, mit Oesophaguscarcinom verbunden. — Stroem: Fremdkörper in der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. Heilung. — Gaucher: Oesophaguscarcinom, mit Dyspnoe beginnend, Erstickungsanfall, Tracheotomie. — Notiz, betr. den internationalen medicinischen Congress in Rom.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Juli 1892.** **No. 7.**

I. Originalien.

Aus meiner Praxis.

Aetiologische Momente der Ohrenkrankheiten

von Dr. **M. Tsakyroglous** in **Smyrna.**

Fremde Körper fanden wir nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen, welche keine Kenntniss von dem Vorhandensein derselben in ihrem Ohr hatten. Solche waren: Fliegen, Papierstücke, Baumwollentampons, Zeugstücke, knöcherne Bleistiftknöpfe, Glasperlen, Zwiebel-Knoblauch und Lauchabschnitzel, Gerstenkörner, gebrannte Kaffeebohnen und geschmolzenes Wachs. Letzteres wird auf künstlichem Wege folgenderweise in's Ohr eingeführt. Für Ohrleidende nimmt man zum Zweck der Heilung ein Stück Leinen, das man mit Wachs bestreicht, so dass dasselbe steif wird; dann dreht man das Leinen zu einer trichterförmigen Düte zusammen, steckt das spitze Ende derselben in den äusseren Gehörgang, und zündet den oberen Teil der Wachsdüte an, nachdem der Kranke in eine horizontale Lage gebracht ist. Das von der Hitze schmelzende Wachs dringt nach und nach, besonders wenn die Leinwand reichlich damit getränkt ist, durch den Gehörgang bis zum Trommelfell ein. Mitunter wird der ganze Gehörgang davon ausgefüllt, sodass die totale Beseitigung des Wachses nur unter Anwendung der Chloroformnarcose möglich ist.

Digitized by Google

Seebäder und Taucher. Erstere verursachen die Entwickelung neuer Krankheiten sowohl als auch das Wiedererscheinen alter und längst geheilter. Sehr gewöhnlich beobachteten wir bei den — sei es zum Zweck der Erfrischung, sei es zu Heilzwecken — die Seebäder gebrauchenden Personen Otitis externa circumscripta, Myringitis, Trommelfellblutungen und Extravasate. Otitis media suppurutiva, Neuralgien, Periostitis, Tubencatarrh. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die bei den Schwammtauchern auftretenden Krankheiten. Fast alle leiden in Folge ihres Berufs an Ohrenkrankheiten, sei es, weil sie wechselweise dem Luftzug und dem Wasser ausgesetzt sind, besonders aber weil sie in einer Tiefe von mehreren Klaftern dem grossen Druck der Wassersäule ausgesetzt sind, durch welchen das Trommelfell blitzartig gesprengt wird. Die Schwammtaucher nehmen einen schweren Marmorstein und stürzen sich damit bis zu einer Tiefe von 30 Klaftern in's Meer. Viele von ihnen empfinden schon bei einer Tiefe von 10—15 Klaftern einen heftigen Schmerz in den Ohren, Schwindel und ein Geräusch, als wenn etwas in den Ohren risse. In die Höhe gezogen und zwar mitunter ohnmächtig, fliesst ihnen das Blut aus den Ohren unter fortgesetzten Schwindelanfällen und Schmerzen. Da sie sich mitten auf dem Meere befinden, ist eine Therapie unmöglich, die meisten setzen ihren Beruf fort, und daher ist eine Vernarbung des Trommelfellrisses unmöglich; es stellen sich Eiterausflüsse mit allen ihren Folgen ein. Daher sind fast alle Schwammtaucher schwerhörig oder taub. Bei manchen erscheint die Schwerhörigkeit allerdings ohne organische Beschädignng des Mittelohres, aber doch bei offenbarer Affection des Labyrinths.

Hammams (türkische Bäder). Die warmen türkischen Bäder sind der Probirstein für die Personen, welche Ceruminal-Pfröpfe in den Ohren zu haben glauben. Alle suchen am folgenden Tage wegen der Tamponschwellungen ärztliche Hilfe auf. Einige leiden an leichten Blutungen des Trommelfells, an Blasenbildungen auf demselben, plötzlichen Tubenverstopfungen und consecutiver plötzlicher Schwerhörigkeit. Die chronische catarrhalische Otitis media verbessert sich durch den Gebrauch derselben.

Das Denguesche Fieber. Dasselbe zeigte wenig Einfluss auf das Gehörorgan; doch kommen auch dabei suppurative Mittelohrentzündungen und zwar von sehr hartnäckigem Character vor. Bei vielen recidivirten früher vorhandene Ohrenkrankheiten. Narben wurden meistens sehr schmerzhaft. Dieses Fieber localisirte sich in der Nase meistens als Hyperaesthesie und Perversion des Geruch- und zugleich des Geschmackorgans.

Influenza. Im Gegensatze zum Dengueschen Fieber ward eine grosse Anzahl Personen, und besonders Kinder bei den zuletzt hier auftretenden Epidemien von Ohrenkrankheiten befallen, und zwar nicht selten schon am 4. oder 5. Tage der Krankheit. (Heftige Neuralgien, Tinnitus, Tubencatarrhe, heftige Entzündungen des Mittelohres mit Suppuration auch des Warzenvorsatzes, Menièrische Krankheit etc.).

Malaria. Unter mehren Tausend Kranken beklagten sich auch zwei über Schwerhörigkeit, die angeblich von Wechselfieber herrührte, jedoch war es unmöglich, ihre Behauptung zu verificiren, dass ihr Ohrleiden sich

Digitized by Google

in Folge von Sumpfmiasma eingestellt hatte. Zugleich können wir hier betonen, dass das Chinin, welches wir sowohl hier als auch im Binnenlande, wo wir früher thätig waren, larga manu verordneten, durchaus keinen Schaden des Gehörorgans herbeiführt.

Lepra. Bei den ersten Symptomen werden die Ohrmuscheln angegriffen. Die hintere Fläche derselben wird zunächst gefühllos, sodann zeigen sich die Knötchen, welche auch in den Gehörgang eindringen. Ob auch der innere Theil des Gehörgans angegriffen wird, konnten wir nicht constatiren, da wir nur wenige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatten.

Angeborene Anomalien. Nur 2 solche Fälle konnten wir beobachten. Der erste bei einem Knaben, bestehend in völligem Fehlen des Gehörorgans rechts und mangelhafter Entwickelung des Warzenvorsatzes. Links rudimentäre Ohrmuschel. Bei einem andern Mädchen war nur der Lobus links und ein Theil des grossen Helix vorhanden bei gänzliehem Mangel des Gehörganges. Hier erwähnen wir noch eine andere, an das Satyrusohr erinnernde, ziemlich gewöhnliche Anomalie. Wie aus beistehender Zeichnung leicht ersichtlich, ist der obere Schenkel der Anthelix nach oben gerichtet, trennt die grosse Helix und endet in eine Spitze statt der natürlichen Rundung.

Angioma durch Erfrierung. Ein Hammal (Lastträger) aus Konich, 21 Jahre alt, sah sein linkes Ohr in Folge von Erfrierung schnell anschwellen. Die Schwellung nahm bald den Character eines angiomatösen Tumors an, welcher leichte Blutungen zeigte. Als wir ihn zwei Jahre später beobachteten, war das Ohr 10 cm. lang, 5 cm. breit und 4 cm dick.

Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

Zu Ostern (16.—18. April) fand die Gründung einer deutschen otologischen Gesellschaft statt, und nahmen an den Verhandlungen derselben folgende Herren Theil:

Dr. Appert (Karlsruhe), Dr. Asher (Heidelberg), Dr. Avellis (Frankfurt a. M.), Prof. Barth (Marburg), Dr. Bresgen (Frankfurt a. M.), Dr. Buss (Darmstadt), Prof. Bürkner (Göttingen), Dr. Dennert

Digitized by Google

(Berlin), Dr. Dorn (Braunschweig), Dr. Eulenstein (Frankfurt a. M.), Dr. Fischenich (Wiesbaden), Dr. Fischer (Hannover), Prof. Gottstein (Breslau), Prof. Guye (Amsterdam), Dr. Hansberg (Dortmund), Dr. Hartmann (Berlin), Dr. Heusler (Bonn), Dr. Heidenreich (Trier), Dr. Hirsch (Frankfurt a. M.), Dr. Jansen (Berlin), Dr. Joël (Gotha), Prof. Kessel (Jena), Prof. Killian (Freiburg i. B.), Prof. Kirchner (Würzburg), Dr. Kleinknecht (Mainz), Dr. Körner (Frankfurt a. M.), Dr. Koll (Aachen), Dr. Köbel (Stuttgart), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Prof. Kuhn (Strassburg), Privatdozent Laker (Graz), Dr. Lauffs (Barmen), Privatdozent Lemcke (Rostock), Dr. Lewy (Hagenau), Dr. Linkenheld (Wiesbaden), Dr. Loewe (Berlin), Prof. Lucae (Berlin), Dr. Ludewig (Hamburg), Dr. Mayer (Mainz), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Müller (Frankfurt a. M.), Dr. Noltenius (Bremen), Dr. Pagenstecher (Wiesbaden), Dr. Reinhard (Duisburg), Privatdozent Rohrer (Zürich), Dr. Roller (Trier), Dr. Sacki (Pforzheim), Dr. Schubert (Nürnberg), Dr. Schütz (Mannheim), Dr. Schwabach (Berlin), Dr. Seligmann (Frankfurt a. M.), Privatdozent Siebenmann (Basel), Dr. Stacke (Erfurt), Dr. Szenes (Budapest), Prof. Trautmann (Berlin), Dr. Truekenbrod (Hamburg), Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn), Dr. Walter (Frankfurt a. M.), Dr. Wegener (Hannover), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. L. Wolff (Frankfurt a. M.) und Dr. O. Wolf (Frankfurt a. M.).

Die Herren Prof. Gruber (Wien), Weigert (Berlin) und Zaufal (Prag) motivirten ihre Abwesenheit, ausserdem haben noch 25 Abwesende ihre Mitgliedschaft erklärt.

Zu Vorsitzenden wurden die Herren Moos (Heidelberg) und Lucae (Berlin), zu Schriftführern Szenes (Budapest) und Vohsen (Frankfurt a. M.), zum Schatzmeister der Gesellschaft Oscar Wolf (Frankfurt a. M.) gewählt. Als Versammlungsort für nächstes Jahr wurde abermals Frankfurt a. M., als Zeitpunkt jedoch die Pfingstfeiertage bestimmt. In den Ausschuss wählt die Versammlung die Herren Bürkner (Göttingen), Kessel (Jena), Kuhn (Strassburg), Lucae (Berlin), Moos (Heidelberg), Walb (Bonn) und O. Wolf (Frankfurt a. M.), welche je ein österreichisch-ungarisches und schweizerisches Mitglied zu kooptiren haben.

Der wissenschftliche Theil der Versammlung wurde in 2 Sitzungen erledigt, und standen an denselben folgende Vorträge resp. Demonstrationen und Diskussionen an der Tagesordnung:

1. Lucae (Berlin): Heutiger Standpunkt der Ohrenheilkunde und deren fernere Aufgaben, auf Grund der in dem Sammelwerke von Hirsch und Virchow abgestatteten Berichte über die Fortschritte der Ohrenheilkunde für das Jahr 1866—1890.

L. erwähnt, dass in den erwähnten 25 Jahren nahezu 3000 otiatrische Aufsätze veröffentlicht wurden, doch können nur wenige hervorgehoben werden, die von bleibendem und allgemein anerkanntem Werthe wären. Als Fortschritt werden erwähnt die gesicherte Diagnose der Otitis media purulenta und die chirurgische Behandlung, diesen gegenüber zeigen

Digitized by Google

Diagnose und Therapie der als „trockene Fälle“ bezeichneten Sclerosen noch grosse Schwierigkeiten und keine allgemeine Uebereinstimmung. Endlich stellt L. drei Hauptpunkte auf, welche die schnellere Entwickelung der Ohrenheilkunde wesentlich gehemmt haben:

1. Die Thatsache, dass im Gegensatze zur Augenheilkunde, wo die Bearbeiter der physiologischen Optik bereits eine wissenschaftlich entwickelte, als Basis ihrer Untersuchungen dienende Pathologie vorfanden, dies in der Ohrenheilkunde nicht der Fall war und daher sowohl Helmholtz's epochemachedes Werk über die Tonempfindungen als auch die zum ersten Male die speziellen Abschnitte des Gehörorganes in Angriff nehmende Arbeit von Hensen keine Rücksicht auf die moderne Ohrenheilkunde nimmt.

2. Die missverstandene und häufig kritiklos ausgebeutete Schneckentheorie vom Helmholtz, welche, wie er selbst in der Vorrede der 3. Auflage seines Werkes sagt, ihm vollkommen entbehrlich scheint, da er im Texte nur durch physikalisch-mathematische Untersuchungen nachgewiesen habe, dass zur Erklärung des physiologischen Hörens im Gehörorgane Resonanzapparate vorhanden sein müssten und die Schneckentheorie eine reine Hypothese sei.

3. Die Flourens-Goltz'sche Annahme, dass die Bogengänge mit dem Hören nichts zu thun haben sollen und als Organe des Gleichgewichtes (Schwindel) aufzufassen seien. Auch diese Lehre haben viele Ohrenärzte irrthümlich diagnostisch ausgebeutet, ohne die vergleichende Anatomie berücksichtigt zu haben, wo diese Annahme, wie uns z. B. das Labyrinth der Vögel belehrt, keine Betästigung findet.

2. Kuhn (Strassburg): **Ein Fall von totaler Verwachsung des weichen Gaumens.**

Derselbe betrifft ein 16jährigs Mädchen, bei dem K. mit dem Pacquelin eine 2 Markstück grosse Oeffnung in den weichen Gaumen gebrannt und dieselbe mehrere Wochen lang durch Kautschuckdrains offen erhalten hatte. Späterhin liess K. der Kranken zur Verhütung einer Wiederverwachsung eine Hartkautschukplatte anfertigen, an deren hinterem Ende eine senkrecht aufsteigende Röhre, zum Einführen in die Gaumenöffnung, angebracht ist. Gebrauch und Konstruktion dieser Platte entsprechen der Gaumenplatte eines künstlichen Gebisses für den Oberkiefer.

Discussion:

Hartmann (Berlin) hat in einem Falle die Offenhaltung durch eine von der Nase aus eingeführte Gummiröhre bewirkt.

Dennert (Berlin) hat in einem ähnlichen Falle auch einen beiderseitigen Tubenverschluss gefunden, welcher eine hochgradige Schwerhörigkeit verursacht hatte. Letztere wurde durch wiederholte Incisionen in's Trommelfell behoben, nachdem hierdurch ein bleibendes Offensein des Trommelfelles erzielt worden war.

Lucae (Berlin) erwähnt in einem Falle mit total verwachsenem Gaumen eine undeutliche Aussprache der Nasenlaute (B statt M) gefunden zu haben.

3. Derselbe: Ein Fall von Rhinolithenbildung.

Derselbe stammt von einer 60jährigen Frau und enthielt einen Kirsch-

Digitized by Google

kern. Um denselben hatten sich ausgedehnte schwammige Granulationsmassen am Septum gebildet, wodurch die Nase völlig verstopft und der Sitz einer profusen übelriechenden und blutigen Eiterung geworden war. Die Vermuthung, es handle sich um eine maligne Geschwulst, wurde durch die microscopische Untersuchung nicht bestätigt, ebenso wenig, dass der bei einer späteren Untersuchung gefundene harte Körper im hinteren Drittel des unteren Ganges ein Sequester sei, zu dessen Bildung eine vor mehreren Jahren vorausgegangene Nasenverletzung wohl die Veranlassung hätte geben können.

Discussion:

Rohrer (Zürich) zeigt im Anschluss 2 Rhinolithen und einen Ptyolithen. Einer der ersteren hat eine Reflexneurose des Nervus accessorius Willisii verursacht, doch nach Entfernung des Concrementes sofort aufgehört.

Kessel (Jena) glaubt in ähnlichen Fällen sowohl die Gase als auch die Secrete der Nase untersuchen zu müssen.

Walter (Frankfurt a. M.) erwähnt einen Fall von Rhinolithenbildung, welcher nebst einseitiger übelriechender Eiterung auch heftigen Kopfschmerz verursachte, und da eine Durchleuchtung der betreffenden Seite nicht gelang, den Verdacht auf ein Highmorshöhlenempyaem geben konnte, doch war die Durchleuchtung nur durch die Compression der Wand der Highmorshöhle nicht gelungen.

4. Laker (Graz): **Die innere Schleimhaut-Massage und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.**

Durch wiederholte Anwendung des Verfahrens glaubt L. allmälich eine Umstimmung der Schleimhaut im Sinne einer ausgiebigen Besserung hervorzurufen, wodurch die krankhaften Beschwerden — Schmerzhaftigkeit der Schleimhaut, Blutungen, Secretion, Stenosen-Erscheinungen, Reflexneurosen — auch allmälich abnehmen. Gleichzeitig bestehende Mittelohrerkrankungen, bevor eine eigentliche Ohrbehandlung eingeleitet wurde, beginnen sich unter dem Einflusse der Massage ebenfalls zu bessern, die Veränderungen am Trommelfelle, die Verminderung der subjectiven Geräusche und die Vermehrung der Hörschärfe sind untrügliche Zeichen dafür; die Massage des Tubencanals unterstützt in wirksamster Weise die Wirkung der Dilatation. Bei acuten Mittelohrentzündungen mit Secretretention bewirkt die Massage des Tubenostiums eine Abnahme des Schwellzustandes. Von grösster Bedeutung jedoch ist die günstige Beeinflussung der Disposition zu oft sich wiederholenden Mittelohrerkrankungen, denn mit dem Erlöschen der beständigen Exacerbationen einer chronischen Rhinitis vermindert sich auch die Zahl der früher zu beständigen Wiederholungen neigenden Mittelohrerkrankungen, von denen jede das Sinnesorgan aufs Neue gefährdet.

Discussion:

Weil (Stuttgart) fragt nach der Technik der Massage. — Laker demonstrirte dieselbe.

Schwabach (Berlin) und Trautmann (Berlin) erwähnen anatomische Verhältnisse des Tubenostiums.

Digitized by Google

Siebenmann (Basel) fand an microscopischen Schnitten vom Hunde, dass an der Tubenmandel das characteristische Schwellgewebe fehlt.

Wagenhäuser (Tübingen) hat die Massage ebenfalls versucht und auch günstige Resultate erzielt, doch findet er, dass das Verfahren für den behandelnden Arzt sehr ermüdend ist.

5. Jansen (Berlin): Ueber Sinusthrombose mit Demonstration eines durch Eröffnung des Sinus transversus geheilten Falles.

J. demonstrirt einen Kranken, bei dem wegen schwerer Pyaemie und Empyaem des Warzenfortsatzes, mit den Symptomen von extraduralem Abscess und Jugularisphlebitis, an Lucae's Ohrenklinik nach der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes der extradurale Abscess auch gefunden wurde; am nächsten Tage bestand noch die Pyaemie fort, der Sinus wurde punktirt, und als sich hier Eiter reichlich vorfand, wurde derselbe breit eröffnet und erwies er sich nach oben durch einen festen Thrombus geschlossen. Letzterer wurde entfernt und schliesslich erfolgte die Heilung mit einer tief eingezogenen Narbe am Warzenfortsatz.

Jansen berichtet hierauf über 27 Fälle von Sinusphlebitis aus Lucae's Klinik in den Jahren 1881—1892, hebt aus den statistischen Angaben das beträchtliche Ueberwiegen der Erkrankungen der linken Seite hervor und bespricht auch die Complicationen in Rücksicht ihrer Prognose und betont auch die Wichtigkeit der Diagnose der extraduralen Abscesse; von diagnostischen Anhaltspunkten wäre nur die Knochenauftreibung hinter dem Warzenfortsatz zuverlässig, denn die übrigen können selbst bei den grössten Abscessen fehlen. Die Prognose bezeichnet J. in Folge der Unsicherheit der Diagnose und der Unvollkommenheit des operativen Eingriffes, als ungünstig. Was die Heilungen betrifft, so wurden von den 27 Fällen 3 geheilt; 2 spontan, 1 durch Incision des vereiterten Sinus, alle 3 nach vorgenommener Eröffnung des Warzenfortsatzes.

Schliesslich demonsfrirt Jansen auch noch 2 Präparate. In einem Falle wurde nach Entleerung des extraduralen Abscesses der Sinus indicirt, nach 8 Tagen, der noch weiter bestandenen Pyaemie wegen, auch die Jugularis unterbunden; bei der Necroscpie: Necrose des Knochens im Sulcus transversus bis an das Foramen jugulare mit einem breiten, den Sulcus durchsetzenden Spalt im Knochen nahe dem Foramen, periphlebitischer Jauchherd am Bulbus venae jugularis unter dem Felsenbein, ein zweiter kleinerer neben dem Processus condyloideus, ein isolirter Infarct in der Lunge. Bei dem zweiten Präparate ist der Sinus gegen die Jugularis durch einen soliden Thrombus abgeschlossen, den Sinus selbst hat ein Thrombus, dessen Centrum in einen grossen Eiterherd umgewandelt war, beträchtlich ausgedehnt, ausserdem bestand eitrige Carebrospinalmeningitis; $3^1/_2$ Monate vor dem Tode war ein riesiger extraduraler Abscess entleert worden.

Discussion:

Schwabach (Berlin) erwähnt einen Fall, bei dem sowohl er als auch Gerhardt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sinusthrombose stellte. Letzterer nahm bei der Diagnose besonders Rücksicht auf die mangelhafte Füllung der Jugularis bei der Inspiration auf der kranken

Digitized by Google

Seite. Der Fall heilte nach Ablauf von 5 Wochen vollständig, und auch die Hörfähigkeit ging zur Norm zurück, ohne dass es zu einem operativen Eingriff gekommen war.

6. Moos (Heidelberg): **Neubildung und Heilungsvorgänge bei Scharlach-Erkrankungen des Ohres mit Demonstration.**

Die histologischen Befunde beziehen sich auf zwei Felsenbeine eines 3 Jahre nach vollständiger Scharlach-Ertaubung gestorbenen Mädchens, bei dem der Tod nach eitriger Basilar- und Convexitätsmeningitis erfolgte.*)

Discussion:

Jansen (Berlin) zeigt im Ansclusse die Photographie eines Präparates, an dem die Schnecke vollständig und die Bogengänge zum grossen Theile verknöchert sind; das Vestibubum ist auf einen sehr kleinen mit Granulationsgewebe erfüllten Hohlraum verkleinert, der Acusticus sehr atropisch, der Cochlearis fast ganz geschwunden. — Das Präparat entstammt einer Frau, welche an Lucae's Klinik 1882 von Pyaemie und Sinusthrombose geheilt wurde, 1890 aber auf's Neue an demselben Uebel erkrankte und an Meningitis gestorben war. Patientin stand durch viele Jahre hindurch unter Beobachtung, und wurde die C-Gabel fast regelmässig vom ganzen Schädel nach dem gesunden Ohre gehört; im Jahre 1884 ist notirt, dass auch bei mässig starkem Anschlage der fis-Gabel eine Empfindlichkeit vorhanden ist, sofort aber Schwindel auftritt.

Barth (Marburg) hält den von Jansen angeführten Fall für nicht beweisgiltig, weil die betreffende Patientin sowohl erhöhte Temperaturen, als auch verstärkten Schwindel simulirte.

Dennert (Berlin) erwähnt, schon 1877 behauptet zu haben, dass wir im Vorhof ein Organ für die Unterscheidung von Ruhe und Bewegung, in den halbcirkelförmigen Kanälen ein solches für periodische Bewegungen als solche und in der Schnecke für Töne besitzen, wenn nämlich die Anzahl dieser Bewegungen in der Sekunde eine gewisse Grenze überschreitet.

Lucae (Berlin) wendet sich gegen die Bogengang-Schwindeltheorie auf Grund eigener Erfahrungen, ebenso auch der Untersuchungen von Hensen.

Moos (Heidelberg) erinnert eben, in exceptionellen Fällen strenge prüfen zu müssen, weshalb trotz der Störung die betreffenden Erscheinungen nicht auftreten.

7. Barth (Marburg): **Ueber sensorische Taubheit.**

Barth theilt einen Fall von sensorischer Aphasie (Wernicke) mit, in welchem der Kranke hört, jedoch nicht versteht, was zu ihm gesprochen wird, es somit auch nicht nachsprechen kann, spontan aber mit unbeschränktem Wortschatz spricht. Per analogiam mit hochgradig Schwerhörigen und Tauben will B. diese Erkrankung in Zukunft als „sensorische Taubheit" bezeichnen, in Folge deren erst eine functionelle Störung der sprachlichen Associationsvorgänge auftritt. Die Musik hält B. ebenso wie die Sprache für ein Associationsproduct. Auch die fast regelmässigen

*) Der Vortrag ist in extenso in der Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XXIII., Heft 1, abgedruckt.. (Ref.)

Digitized by Google

Veränderungen im Character führt B. wenigstens zum Theil auf den Verlust der Hörfähigkeit zurück.

Discussion:

Kessel (Jena) ist der Ansicht, dass in den Centren der Medulla oblongata die Empfindung der Stärke und Höhe zu Stande kommt.

Barth meint, die Taubstummen beweisen den engen Zusammenhang zwischen Sprache und Hörsphäre, ferner bildet ein Klangbildcentrum keine unbedingte Voraussetzung für die Sprachfähigkeit.

Lucae (Berlin) glaubt für Geräusch und Klang je besondere Apparate im Labyrinthe annehmen zu müssen.

8. Rohrer (Zürich): **Ueber den Torpor des Nervus acusticus.**

Rohrer hat in den letzten 2 Jahren 11 Fälle von Torpor nervi acustici beobachtet, bei Kranken, welche zumeist in Folge von Catarrh oder nach Erkältungen an progressiver Schwerhörigkeit litten; die Perceptionszeit für die Kopfknochenleitung für Stimmgabeln war bedeutend herabgesetzt oder ganz aufgehoben, die hohen Töne jedoch waren erhalten. Der Weber'sche und Rinne'sche Versuch, ferner die Gellé'schen pressions centripètes ergeben verschiedene Ausfälle. Das Trommelfell war bald mässig, bald hochgradig getrübt, bald zeigte es völlige Opacität, der Hammer war retrahirt und die Tuben waren für Luft bald stärker, bald schwächer durchgängig. In 5 Fällen war nach einer pneumatischen Behandlung mit Catheter und Rarefacteur die Perceptionszeit für Stimmgabeln bei der Kopfknochenleitung wieder hergestellt, womit eine Verbesserung der Hörweite überhaupt Hand in Hand ging.

Ein lange Zeit hindurch anhaltender Torpor wird Atrophie der Nerven und auch Labyrinthtaubheit nach sich ziehen, und kann derselbe auch eine verhängnisvolle Rolle in der Aetiologie der aquirirten Taubstummheit spielen.

Discussion:

Walb (Bonn) erwähnt, bereits früher*) darauf aufmesksam gemacht zu haben, dass selbst in Fällen von hochgradiger Taubheit mit absolutem Fehlen der Knochenleitung, nach Besserung des Zustandes, durch die Behandlung, die Knochenleitung wiederkehrte; in solchen Fällen dürfte es sich kaum um eine Affection des Acusticus handeln.

Rohrer bemerkt diesem Einwande gegenüber, dass es sich hier nur um die Perception hoher Töne handelte, während bei einer Labyrinth-Affection dieselben fehlen.

9. Lemcke (Rostock): **Ueber Ursachen und Verhütung der Taubstummheit, an der Hand in Mecklenburg gemachter Erfahrungen.**

Lemcke nimmt, auf Grund der in seinem Beobachtungsgebiet gemachten Erfahrungen, multiple Ursachen der Taubstummheit an, nnd unterscheidet terrestrische, sociale, individuelle und unmittelbare Ursachen. Zu den terrestrischen Ursachen gehören: 1) Höhenlage, 2) geologische Structur des Bodens, 3) das Wasser in seinen verschiedenen Erscheinungsformen, 4) das durch diese Factoren zum Theile bedingte Klima. Sociale Ursachen sind: 1) Wohndichtigkeit, 2) Race, 3) Con-

*) Siehe Szenes: Bericht über die otiatrische Section der Naturforscher-Versammlung in Halle. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 12, pag. 332, 1891.

Digitized by Google

fession, 4) Geschlecht, 5) ökonomische und hygieinische Lage der Eltern. Individuelle Ursachen sind: 1) Alter der Eltern bei der Verheirathung bezw. bei der Geburt des Taubstummen, 2) Fruchtbarkeit und Geburtsfolge in den Taubstummenfamilien, 3) Verwandtschaft der Eltern, 4) pathologische Belastung. Unmittelbare Ursachen waren folgende Gebrechen, und waren 55 % aller Taubstummen durch diese Krankheiten zu Gebrechlichen geworden: Gehirnaffectionen, Scharlach, Ohrenkrankheiten, Masern, Verletzungen, Rhinitis, Typhus, Keuchhusten, Diphtherie, Luës, und Variolois.

38 % aller Taubstummen waren mit folgenden Uebeln behaftet: Scrophulose, Tuberculose, Rhachitis, Luës, Hemmungsbildungen, Blödsinn, Epilepsie, Lähmungen, Psychosen, Sehstörungen, maligne Neubildungen. Locale Processe wurden bei 60 % der Gesammtsumme von 533 constatirt. Bei 25 % aller Taubgewordenen wurden bei der Untersuchung folgende otologische Processe gefunden: chronische Eiterung, Polypen, Cholesteatom, Caries mit Sequester, Parese und Paralyse des Facialis, und in keinem einzigen Falle war auch nur der ernst gemeinte Versuch gemacht worden, die das Leben direct bedrohenden Krankheiten zu heilen oder auch nur zum Stillstand zu bringen.

Schliesslich kommt Lemcke in seinen Erörterungen zu dem Schluss, dass durch ähnliche Untersuchungen und Forschungen am sichersten auf die Wege zu kommen wäre, auf welchen man dem Gebrechen wirksam entgegensteuern könnte, und wäre auch die Ohrenheilkunde in der Berufsbildung der Aerzte gebührend zu berücksichtigen und keinem Arzte die Approbation zu ertheilen, der seine Kenntnisse und Fähigkeiten in dieser Disciplin nicht genügend nachgewiesen habe.

Discussion:

Hartmann (Berlin) erwähnt, schon auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden den Antrag auf eine allgemeine Taubstummen-Statistik zur Annahme gebracht zu haben, doch kann eine solche nur von Einzelnen geschaffen werden. — Bezüglich der Aufnahme der Ohrenheilkunde als Prüfungsgegenstand, gelang es Hartmann, dieselbe beim Aerztetag in München durchzusetzen.

10. Hartmann (Berlin): **Sciopticum-Demonstrationen.**

Hartmann projicirt mit dem Sciopticum Bilder von normalen und pathologischen Nasen- und Ohrdurchschnitten.

11. Siebenmann (Basel): **Demonstration von Weichtheil- und Trockencorrosionspraeparaten des Ohres.**

Siebenmann demonstrirt dieselben ebenfalls mit dem Sciopticum.

Discussion:

Killian (Freiburg i. B.) erwähnt einen Apparat zur Projection laryngo- und otologischer Bilder construirt zu haben. An demselben befindet sich hinter der Oeffnung des Reflectors ein Prisma, dessen Spiegelbild mittelst Linse vergrössert wird; zur Beleuchtung ist eine starke Bogenlampe nöthig.

Loewe (Berlin) erwähnt die Stein'sche Vorrichtung zur Photographie des Trommelfelles.

Digitized by Google

12. Vohsen (Frankfurt a. M.): **Demonstration einer Anzahl nach Stacke operirter Fälle.**

Es sind das 6 Kranke, bei denen die Behandlungsdauer 1½ bis 2½ Monate bis zur Trockenheit währte; in 2 Fällen wurde das Antrum mit eröffnet.

13. Lucae (Berlin): **Demonstration einiger Instrumente.**

a. Verbesserte Drucksonde, welche durch sichere und dabei sanfte Bewegung weniger schmerzhaft ist.

b. Instrument zur Entfernung fremder weicher Körper. An demselben sind 2 gegeneinander gebogene Drahtenden in schaufelartige Häkchen verwandelt und gestatten ein festes Eindrehen in den fremden Körper.

c. Antiseptischer Catheter. Ein gewöhnlicher silberner Catheter mit einem, oben ein Knöpfchen tragenden, silbernen Mandrin.

d. Ein Cylinder auf g^6 (sol 8) abgestimmt, welcher durch einen stets mit derselben Höhe den Cylinder treffenden Hammer angeschlagen wird, so dass der Hammer beim Herabfallen zunächst eine unter demselben angebrachte Feder herabdrückt, welche nach geschehenem Anschlagen den Hammer verhindert, den Cylinder auf's neue zu berühren.

(Schluss folgt.)

Tracheapolyp.

Von

Dr. **Georg Avellis** — Frankfurt a. M.

I. Assistent von Prof. Dr. Moritz Schmidt.

Die primären Neubildungen der Trachea gehören zu den grössen Seltenheiten, die benignen sowohl wie die malignen.

Unter den letzteren sind eine Anzahl primärer Krebse und Sarcome der Luftröhre beschrieben worden, unter die ersteren zählen wir ausser den ganz seltenen Osteomen und Ecchondromen die Polypen und Fibrome. Die manchmal in der Trachea zur Entwickelung kommenden abgesprengten Strumen können wir nicht zu den Neubildungen rechnen. Dahin gehören die Fälle von Ziemssen[1]), P. Bruns[2]), Meyer-Huni[3]), Raclestock[4]) u. A.

Es bleiben also nur die Ecchondrome, Osteome und vor allem die Polypen der Trachea unter den gutartigen Neubildungen übrig. Dass dieselben soviel seltener in der Luftröhre als im Kehlkopfe zur Beobachtung gelangen, dafür darf man wohl ohne Zwang die ziemlich passive Rolle der Luftröhre gegenüber den activen Funktionen des Kehlkopfes als Grund anführen.

[1]) Handb. d. spec. Path. u. Ther. 4, I.
[2]) Ueber Laryngotomie p. 202, 1878.
[3]) Correspondenz-Bl. d. Schweiz. Aerzte 1881, 14.
[4]) Beiträge zur path. Anatomie etc. III. 3, 1888.

Digitized by Google

Die ersten Beobachtungen von Tracheapolypen rühren von Türck[1]) aus dem Jahre 1881.

Er sah einmal ein glattes, von der hinteren Wand ausgehendes 2—4 mm dickes Fibrom und ein zweites Mal kleine polypöse Wucherungen in der Tiefe der Trachea.

Gibb[2]) erwähnt einen Fall von „Cystic tumour" an der vorderen Wand der Trachea, welcher spontan barst. Das war wohl ein Abscess und keine Neubildung. Derselbe Autor erwähnt auch einen wirklichen Tracheapolypen.

Fifield[3]) erzählt die Geschichte einer von Kurzathmigkeit attackenweis befallenen Frau, deren linker Bronchus vollkommen bedeckt war von einem festen röthlichen Tumor. Der Stiel sass an der Trachea, dicht an der Mündung des Bronchus, so dass der Tumor einen klappenartigen Verschluss bildete.

Einen sehr ähnlichen Fall stellte Betz[4]) auf der 58. Naturforscherversammlung vor. Es handelte sich hier um eine an Dyspnoeanfällen leidende Frau, die, wie die Autopsie zeigte, einen 5 ctm langen Tracheapolyp hatte, der in beide Bronchien hinein ragte. Es war ein Fibrosarcom.

Den von Schroetter[5]) berichteten, durch endolaryngeale Operation geheilten Fall von Tracheatumor rechnen wir nicht hierher, da es sich um ein Sarcom, also um eine bösartige Neubildung handelte.

Stoerk[6]) beschreibt 2 Fälle von multipler Papillombildung gleichzeitig im Kehlkopfe und in der Luftröhre. Dieselbe Beobachtung machte Ozanam[7]), der die Papillome mit Zange und Guiollotine operirte und so Heilung erzielte.

Einen anderen Sitz hatte eine gestielte Papillomwucherung, die Stoerk[8]) bei einem 42jährigen Manne sah: nämlich an der Bifurcationstelle der Trachea.

Mackenzie[9]) sah 4 Fälle von gutartigen Neubildungen der Trachea. Es handelte sich immer um Polypen.

Ob nicht der von Mackenzie, Johnston und Cotterill[10]) berichtete Fall von intratrachealem Tumor ein Sarkom war, bleibt zweifelhaft. Diagnosticirt war zunächst ein Fibrom.

Einen 1 cm im Durchmesser grossen fibrösen Polypen in der Trachea beobachtete und operirte ferner Braun[11]).

Fletcher-Jugals[12]), Henry Crutchley[13]), Piencazek[14]).

---

[1]) Klinik d. Krankh. d. Kehlk. etc. p. 502.
[2]) P. 392.
[3]) Boston med. and. surg. journ. 1861, Nov.
[4]) 58. Versamml. deutscher Naturf. 1885.
[5]) Wien. med. Jahrb 1868, p. 64—72.
[6]) Klinik d. Krankh. d. Kehlk. 1880.
[7]) Trib. méd. 13. V., 1888.
[8]) L. c.
[9]) Krankh. d. Halses u. d. Nase. Deutsche Ausgabe. S. 706.
[10]) Edinburgh med. Journ., Juni 1886.
[11]) Wien. med. Blätter 30, 1889.
[12]) Annal. des mal. de l'or. 1884, S. 365.
[13]) Lancet, 8. XI., 1883.
[14]) ?

Digitized by Google

Langlet[19]), Masini[20]) und Meyer-Hüni[21]) sahen ebenfalls gutartige Neubildungen in der Trachea.

Diesen Beobachtungen, die wir glauben, vollständig aufgezählt zu haben können wir in Kürze auch einen eigenen Fall hinzufügen.

Ich sah den betreffenden Patienten nur ein einziges Mal. Es handelte sich um einen ca. 50jährigen Mann, der an einer kolossalen Struma und bedeutender Athemnot seit langer Zeit litt. Ich wurde hinzugezogen, weil der Patient seit kurzem (bei einem normalen Lungenbefunde) Blut hustete. Pharynx und Nasenrachenraum waren hyperaemisch, das linke Stimmband gelähmt (durch Druck der Struma auf den Recurrens) und in Cadaverstellung fixirt, der Kehlkopf stark skoliotisch nach links verzogen und die Trachea seitlich comprimirt. In der Tiefe sah ich undeutlich einen Körper sich bei der Athmung etwas bewegen. Genauer konnte ich mich nicht über diese Erscheinung orientiren, da ich als Beleuchtungsquelle nur ein Küchenlämpchen zur Verfügung hatte. Die Quelle der Blutung war nicht zu entdecken. Ich bestellte den Patienten in meine Wohnung, damit ich ihn bei besserer Beleuchtung untersuchen könnte, doch wurde derselbe schon am nächsten Tage fest bettlägerig und starb an einer lobären Pneumonie. Bei der Sektion fand sich das linke Stimmband etwas atrophisch, sehr fibröse, kolossale Struma und am 7. bis 8. Trachealring ein von oben nach unten sich zuspitzender, ins Lumen frei hineinreichender Polyp, wie ihn die Abbildung zeigt. Er war, wie die ganze Tracheaschleimhaut, etwas hochroth, mässig weich, nicht blutreich und liess sich leicht mit der Sonde hin- und herbewegen. Die Zeichnung ist nach dem in Alkohol gehärteten Präparat angefertigt und zeigt also den Polypen, der im Leben natürlich grösser war, bedeutend geschrumpft. —

Am unteren Theil des Rückens der Leiche fand sich ein beginnendes Sarcom. Metastasen waren sonst nicht aufzufinden, —

Es kommen also in unserem Falle 3 Umstände für das Zustandekommen der Dyspnoe in Betracht: 1. die Stimmbandlähmung, 2. die Compression der Trachea, 3. der Tracheapolyp. Diese Combination der Umstände wirkte natürlich recht ungünstig. Ob die chronische Hyperaemie der Tracheaschleimhaut (Patient war auch sehr fett) und die Compression der Luftröhre als ein die Entstehung der Polypen begünstigendes Moment aufgefasst werden darf, bleibt eine offene Frage.

Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.

Dr. Max Schaeffer (Bremen).

Am 4. Januar 1891 wurde ich zu einer Consultation zu Herrn W. 45 Jahre alt, Geschäftrreisenden, gerufen. Patient war erkältet von der Reise zurückgekommen und am 27. December unter eigenartigen Erscheinungen erkrankt, soll nur mässiges Fieber gehabt und sich ziemlich wohl befunden haben; denn am 1. Januar machte er noch seine Neujahrsbesuche,

---

19) Un. méd. et scient. du N. Est. 1887.
20) Riforma med. 275, 1886.
21) Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1881.

Digitized by Google

wobei er ziemlich viel schweren Wein genossen hatte. Vom 2. Januar an stellten sich mit Schüttelfrost heftige Schluckbeschwerden und Kurzathmigkeit ein, welche dem Patienten auch Nachts keine Ruhe finden liessen. Es waren Priessnitz'sche Umschläge, Chinin und Gurgelungen verordnet. Fieber mässig.

Am 4. Januar, Mittag 1½ Uhr, sah ich Patienten zuerst. Derselbe war sehr wohlgenährt, fett, sah sehr blass, pastös aus, war ziemlich dysponoisch. Puls klein und schwach. Herzdämpfung bedeutend vergrössert; Fieber nicht vorhanden.

Bei der Untersuchung erwiesen sich die Tonsillen und die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand wenig geröthet, nicht geschwellt. Trotzdem klagte Patient über heftige Schluckbeschwerden.

Die laryngoskopische Untersuchung, welche ziemlich schwierig war, ergab, dass die Epiglottis turbanartig zusammengezogen, infiltrirt, namentlich links daumendick, rechts weniger geschwellt, oedematös erysipelatös aussehend.

Die Aryfalten mässig geröthet, oedematös aussehend. Das Larynxinnere war nicht zu sehen, doch sprach Patient nicht heiser.

Die Sinus pyriformes sahen schmutzig-grau-weiss-roth aus, waren fast verstrichen.

Die Kehlkopfgegend war gegen Berührung von Aussen schmerzhaft.

Bei diesem Befunde stellte ich die Diagnose auf Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.*)

Ich schlug für den Abend 6 Uhr die Tracheotomie vor, für den Fall, dass die Dyspnoe durch vorher zu machende Incisionen in die infiltrirten Theile, durch Verabreichung von Chinin in grösseren Dosen, Cognac, durch Application warmer Umschläge um den Hals (Kälte vertrug Patient absolut nicht), sich nicht gebessert hätte.

Die Infiltrationen kamen mir nämlich nicht so bedeutend vor, dass ich die Dyspnoe darauf allein zurückführen konnte, vielmehr dachte ich an eine beginnende Herzlähmung mit baldigem schlechtem Ausgange, und wollte nicht, dass Patient uns während der Tracheotomie stürbe. — Ich machte tiefe Incisionen in die Epiglottis, welche viel Blut, aber keinen Eiter entleerten und Erleichterung beim Schlucken schafften, die Dyspnoe aber nicht beeinflussten.

Um ¼4 Uhr wurde ich bereits wieder zu dem Patienten gerufen, welcher sehr kurzathmig und hinfällig geworden war. Verabreichung von Wein, Cognac. Nochmals Incisionen, auch in die Aryfalten. Zugleich führte ich Schrötter's Hartgummirohr No. 7 ein, welches anstandslos den Larynx passirte, und durch welches Patient gut athmen konnte. Blut kam aus der Trachea nicht.

Patient konnte auch sehr gut ohne Rohr athmen und erholte sich.

Um 4½ Uhr werde ich wieder gerufen, ich hatte Rohr No. 10 und

*) Senator, Berlin. klin. Wochenschr., No. 5. 1888.
Baruch, „ „ „ No. 13. 1888.
Samter, „ „ „ No. 18. 1891.
Dubler, Virchow's Archiv, Band 126, Heft 3, pag. 438, welcher den Streptococcus erysipelatosus als Ursache dieser Erkrankung nachgewiesen hat.

Digitized by Google

eine Aetherlösung zu Injectionen holen wollen, und bis ich komme, ist Patient todt.

Der Krankenwärter versicherte mir, Patient hätte ganz gut geathmet, wäre nur sehr unruhig geworden, im Zimmer herumgegangen, hätte sich dann hingesezt, tief aufgeathmet und wäre todt umgesunken.

Am 6. Januar Morgens wurde die Section gemacht. Das Herz war nochmal so gross, als normal; die Herzmuskulatur sehr verdünnt, verfettet. Keine Blutcoagula. Lunge sehr blutreich, lufthaltig. Larynx völlig frei. Epiglottis geröthet, die Schnitte wie die durch eine blutreiche Milz aussehende Aryepiglottische Falten, resp. Gewebe nach den Sinus pyriformes und dem Osophaguseingang zu ganz von Eiter durchtränkt, nicht in grösseren Herden, sondern punktförmig durchsetzt.

Die Diagnose war also voll bestätigt.

Patient war offenbar einer Herzlähmung erlegen, und wäre eine Tracheotomie entchieden nutzlos gewesen.

Ein Fall der sogenannten „Angina ulcerosa benigna" (Heryng).

von Dr. **Johann Sedzcak.**

Ehemaliger Assistenz-Arzt in der Abtheilung für Hals- und Lungenkrankheiten im Heiligen Geist-Hospital zu Warschau.

In diesem Jahre in den Nummern 7 und 8 der „Gazeta Lekarska" veröffentlichte Heryng eine Arbeit unter dem Titel: „Ueber die benignen Pharynx-Geschwüre". In dieser Arbeit beschreibt der Verfasser eine, seiner Meinung nach, zu den grössten Seltenheiten gehörende, bisher noch nicht beschriebene Krankheit, der er den zeitweiligen Namen: „Angina ulcerosa benigna" giebt. Das Bild dieser Krankheit ist folgendes: „Das benigne Pharynx-Geschwür erscheint gewöhnlich an einer Seite und einzeln, seltener an beiden Seiten, immer in Gestalt eines ovalen, oberflächlichen, beständig am vorderen Bogen in der Nähe der Mandeln gelegenes Geschwüres. Seine Ränder sind scharf, meistentheils ohne entzündete Zone, mit etwas vertieftem Boden, anfangs mit einem gräulich weissem Secrete bedeckt, welches sich nur mit Schwierigkeit entfernen lässt. Die Länge des Geschwüres ist ungefähr 1 cm die Breite 6—8 mm. Das Geschwür blutet nicht bei Berührung und ist im Allgemeinen wenig schmerzhaft. Die Schleimhaut, auf welcher es erscheint, ist etwas geröthet und geschwollen. Etwas weiter spricht der Verfasser Folgendes: „Nach zwei oder drei Tagen zeigen sich auf dem Boden des Geschwüres rothe Punkte, die warzige Schicht reinigt sich, von den Rändern zieht sich das Epithelium in der Richtung nach der Mitte. Schliesslich verschwindet das Secret und nach Verlauf von 10—12 Tagen kehrt Alles wieder in seinen normalen Stand zurück, ohne dass sich das narbige Gewebe neubildet."

Ich habe diesen Abschnitt absichtlich im Ganzen vorgeführt, um zu zeigen, dass der Fall, welchen ich kurz nach der Veröffentlichung des obigen Artikels beobachtet habe, obgleich er von zehn von Heryng beobachteten Fällen etwas abweicht, ihnen dennoch sehr ähnelt, hinsichtlich des Aussehens der Geschwüre, sowie auch Verlaufes der Krankheit, so dass ich keinen Augenblick zögerte, ihr den Namen: „Angina

Digitized by Google

ulcerosa benigna“ zu geben, umsomehr, da die bacteriologische Untersuchung, welche ich in diesem Falle unternahm, die obige Diagnose völlig bestätigte. D., ein Arbeiter — 24 Jahr alt — kam in meine Privat-Poliklinik am 20. Februar 1892. Er klagte über allgemeine Schwäche, welche einige Tage gedauert hatte, und Schmerz beim Schlingen — nicht sehr bedeutend, und welcher sich erst seit zwei Tagen vorher eingestellt hatte. Zur selben Zeit bemerkte der Kranke, wie er behauptet, „kleine Wunden“ im Halse, zuerst an der rechten, dann linken Seite, welche ihn beunruhigten und veranlassten, ärztliche Hülfe zu suchen. Vorher gänzlich gesund. Kein Missbrauch in Baccho et in Venere (seit einem Monate verheirathet, seine Frau, die ich auch genau untersuchte, ist vollständig gesund). Syphilis nicht vorhanden; er behauptet indess, dass er seit längerer Zeit ein leidenschaftlicher Raucher ist und in letzterer Zeit ungewöhnlich viel geraucht hatte (ungefähr 50 Cigarretten täglich). Er meint, dass dies die Ursache seines gegenwärtigen Leidens sei. Nach näheren Nachfragen behauptet der Kranke ganz entschieden, im vorigen Jahre, mehr oder weniger in demselben Zeitraume, an gleichen Wunden an denselben Stellen gelitten zu haben. Damals waren die Schmerzen im Halse weniger bedeutend, und die ganze Krankheit verschwand ohne ärztliche Behandlung in kurzer Zeit. Es muss hinzugefügt werden, dass der allgemeine Zustand damals wohl besser gewesen sein mag, als gegenwärtig. Bei der sorgfältigen Untersuchung fand ich Folgendes: ein sehr gut gebauter und ernährter Mann, stöhnend, über allgemeine Erschöpfung, Appetitlosigkeit klagend. Temperatur indess nur etwas erhöht (ungefähr 38,5). Puls 82 parvus et mollis. In den inneren Organen (Lungen, Herz als auch Bauchhöhle) konnte ich keine Veränderungen entdecken. Keine Spur von Syphilis. Weder die Hals-, noch die Inguinaldrüsen waren vergrössert. — Kein foetor ex ore. — In der Nase — vorne: deviatio septicartiloginosi arcualis dextra laevis; hypertrophia concharum inferiorum et conchae mediae sui modica. — Hinten fand ich (mit Hilfe der Rhinoscopia post.) mit Ausnahme unbedeutender Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muschel keine grösseren Veränderungen. Im Kehlkopfe leichte Trübung der wahren Stimmbänder. In der Mundhöhle jedoch an den Stellen, auf welche der Kranke zeigte — nämlich auf beiden hinteren Bögen konnte man zwei, sich an beiden Seiten des Zäpfchens in der Entfernung 1 cm von seiner Basis symmetrisch befindenden Geschwüre bemerken — an der rechten Seite das Geschwür, etwas kleiner und weniger deutlich. Die Ulcerationen sind oval. Der grösste Diameter — parallel mit den Bögen — ungefähr 1 cm. — Der kleinere — perpendicular mit dem obigen ungefähr 6 mm. Die Ränder dieser Geschwüre sind scharf abgethelt von den angrenzenden, wenig veränderten (leichte Röthung und Schwellung) Geweben. — Die Ulcerationen selbst sind oberflächlich mit einem gräulichweissen Secrete bedeckt. Bei Berührung mit der Sonde wenig schmerzhaft — nicht blutend. Das Secret schwer zu entfernen. Die übrigen Theile der Schleimhaut, Mund und Rachenhöhle zeigen durchaus keine Veränderungen. Dem Kranken wurde Chinin (0,3) und Gurgeln mit Borsäure verordnet. Schon nach ein paar Tagen bei dieser indifferenten Behandlung fing der Schmerz im Halse an nachzulassen — das Aussehen der Geschwüre verbesserte sich — sie fingen an sich zu reinigen. Der

Digitized by Google

allgemeine Zustand jedoch verbesserte sich relativ nur wenig (das Fieber nahm fast ganz ab, aber die Schwäche hielt an). Eine Woche später, d. h. 28. 2. 92, verschwanden die Geschwüre, ohne irgend welche Spuren (Narben) zu hinterlassen. Der allgemeine Zustand verbesserte sich auch, obgleich die Schwäche bis zu einem gewissen Grade noch fortdauerte. Auf diese Weise dauerte die ganze Krankheit ungefähr 10 bis 12 Tage. Ungefähr am vierten Tage der Krankheit nach sorgfältiger Reinigung der Geschwüre (Gurgeln mit 4 %0 Borsäure) entfernte ich einen Theil des Secrets (von beiden Ulcerationen besonders) vermittelst einer sterilisirten Curette — zum Zwecke microscopischer Untersuchungen. Von den tieferen Schichten entnahm ich mit Hilfe einer glühend-heissen Platina-Nadel etwas von dem Sekret und übertrug es auf Agar-Agar (Strich-Cultur). Weitere Untersuchungen machte ich im bacterologischen Laboratorium des Kindlein Jesus-Hospital unter der Leitung des Dr. Jakewski — Chefs des Laboratoriums — und mit dem Beistande des Collegen Dobrowolski.

Das Secret in gewöhnlicher Weise auf Object-Gläser vorbereitet und mit Gentiana violett gefärbt (eine sehr praktische Methode beschrieb Dr. Swiatecki in No. 10 der „Gazeta Lekarska", d. h. Färbung durch Fliesspapier an Objectgläsern) zeigten sich in beiden Ulcerationen identisch — nämlich es wurden verschiedene Bacterien gefunden — besonders Coccen in verschiedenen Formen: einzeln, zu zweien (diplococci), in Häufchen (zoogloea), schliesslich in kürzeren und längeren Ketten (Streptococcen). Der Theil des Secrets — auf Agar übertragen — wurde in Thermostat bei einer Temperatur von 37 ° C. hineingesteckt. Nach ein paar Tagen erst konnte man auf der Oberfläche des Agars ausser Verunreinigungen durch die Cultur — besonders Staphylococcus pyogenes aureus — zwei Sorten von Culturen bemerken, — die eine in Gestalt von klaren weisslichen Pünktchen, die andere bedeutend grösser als die obige. Diese Culturen sah zu dieser Zeit Dr. Bujwid und erkannte in ihnen dieselben, die er in Heryngs Fällen cultivirt hatte und denen er den Namen: „streptococcus monomorphus et variegatus" gab. — Einen Theil der Cultur dieser zwei Sorten von Bacterien impfte ich auf frischen Boden (Agar-Agar) und erhielt eine fast reine Cultur der obigen Bacterien, welche ich unter dem Microscope (bei Anwendung von Ablés Beleuchtungsapparat und des öligen Immersions-Systems — sowohl nicht gefärbte — in hängenden Tropfen (d. h. im lebenden Zustande) — als auch mit Gentiana-violett gefärbte — untersuchte. Ich fand ausser Coccen — einzelnen zu zweien und in Häufchen — hauptsächlich zwei Sorten von Streptococci. Die einen — kürzeren — waren von kleineren Coccen, zu zweien (diplococci) zusammengesetzt, gebildet; die andern hingegen zeigten hauptsächlich lange, unregelmässig geschlängelte Fäden (in einem derselben zählte ich ungefähr 40 diplococci), aus grösseren Coccen bestehend, ebenfalls zu zweien zusammengesetzt. — Die letzteren färbten sich ungleichmässig — nämlich es waren in solchen Fäden Stellen (diplococci), welche sich entweder viel schwächer oder fast garnicht mit Gentiana-violett färbten. Zu weiteren Untersuchungen übertrug ich einen Theil der Strich-Cultur (auf Agar-Agar) auf Bouillon — und nachdem sie einige Tage hindurch im Thermostaten aufbewahrt war, bemerkte ich Trübung der Bouillon — hauptsächlich in den unteren Theilen, wo man kleine Fleckchen bemerken konnte. Ich versuchte auch Culturen auf Schaalen (Petri'sche), aber das Resultat

Digitized by Google

war negativ. Und in der That gedeihen diese Culturen (wie ich von Dr. Bujwid mündlich erfuhr) auf den Schaalen nicht. Weiter habe ich Impfungen an Meerschweinchen gemacht, nämlich — eine dreitägige Cultur impfte ich 1. auf die Schleimhaut der Vagina an der rechten Seite; 2. an der Conpunctiva der unteren rechten Augenlider; 3. auf die Schleimhaut der inneren Oberfläche der Oberlippe, auch an der rechten Seite. Ausgenommen jedoch eine leichte Röthung an den geimpften Stellen, welche sich indess schnell verlor, konnte man weiter keine wichtigen Veränderungen beobachten. — Auf diese Weise war das Resultat in meinem Falle, als auch in denen von Bujwid negativ.

Dies ist die genaue Beschreibung dieses Falles, welchen ich wegen seiner Seltenheit, sowie auch der ausgeführten bacteriologischen Untersuchung — (in Heryng's Fällen in zwei auf zehn, in denen von Massucci[1]) in einem auf drei) der Veröffentlichung werth hielt.

Bei dem Vergleiche meines Falles mit den von Heryng beobachteten Fällen kann man sich leicht überzeugen, dass sie sich vollständig ähnlich sind. Dies wäre ein typischer Fall von: „angina ulcerosa benigna", wenn nicht gewisse Verschiedenheiten, insbesondere bezüglich der Lokalisation des krankhaften Prozesses beständen. So z. B. behauptet Heryng, auf Grund seiner 10 Fälle, (was betreffs dieser ausserordentlich seltenen Krankheit eine gewissermassen bedeutende Zahl ausmacht), dass diese Ulcerationen sich nur auf den vorderen Bogen befinden und es *bis* zu einem gewissen Grade „signum pathognomonicum" für diese Krankheit ist.

Dass dies aber nicht immer so ist, beweist mein Fall; Professor Masucci scheint auch — wenigstens nach den folgenden Worten zu urtheilen: „l'ulceration est oblongue et affecte, comme siège de predilection la voûte de palais et les fliers" — nicht den vorderen Bögen diese Bedeutung, welche Heryng ihnen giebt, zuzuschreiben. Dass in den vorderen Bögen öfters diese Affection als in hinteren erscheinen kann, scheint mir nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen wegen der grösseren Reizung der ersteren von der Seite der mechanischen oder thermischen Insulten. Es kann auch sein, dass die vorderen Bögen irgend einen anatomischen Unterschied (so z. B. grössere Anzahl von Drüsen, Charakter des Epitheliums selbst, grössere Anzahl von Gefässen etc.) im Vergleiche mit den hinteren (und auch den übrigen Stellen der Mund-Schleimhaut) vorstellen. Diese Frage lässt sich nur auf dem Wege der entsprechenden anatomo-pathologischen Untersuchungen (welche sehr wünschenswerth wären) entscheiden. Ich bedaure sehr, dass ich — da ich jetzt mit einer anderen Arbeit, auch im Gebiete der pathologischen Anatomie beschäftigt bin — diese Frage nicht unternehmen kann. Auch kann die einzelne Erscheinung dieser Ulcerationen nicht als beständiges Symptom betrachtet werden, da Heryng selbst schon in einem auf 10 seiner Fälle doppelseitige symmetrische Geschwüre beobachtete. Dasselbe war in meinem Falle. Heryng sah auch diese Ulcerationen immer in der Nähe der Gaumenmandeln. In meinem Falle, umgekehrt, waren dieselben im oberen Abschnitte der hinteren Bögen ungefähr 1 cm vom Zäpfchen entfernt. Mein Fall ist auch in dieser Richtung bemerkenswerth, weil es in „anamnesi" gewisse Einzelheiten gibt, welche bis zu einem gewissen Grade, so viel man sich natürlich auf die Aussage des

[1]) Die Heryng'schen Rachenulcerationen. Int. Centr. No. 4. p. 504, 1892.

Digitized by Google

sonst ziemlich intelligenten Kranken verlassen kann, für die Aetiologie dieser Krankheit eine Bedeutung haben können. Ich meine hier den Missbrauch im Rauchen, was der Kranke selbst ausdrücklich behauptet und sogar mit dem jetztigen Zustande in Verbindung bringt. Auch die Thatsache, dass der Kranke, wie er angibt, im vorigen Jahre ein ähnliches Leiden bestanden hatte, könnte beweisen, dass bei unserem Patienten gewisse Stellen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, nämlich auf den Bögen welche „locum minoris resistentiae" vorzustellen scheinen), besonders empfindlich gegen die Reizung von Seite des zu vielen Rauchens sind, dass also dieser Missbrauch, als „causa praedisponens" betrachtet werden muss, um scheinbar specifisches Gift einzunehmen. — Dieses Gift zeigte sich im Einklange mit Bujwid's, Heryngs, Masuzzi's und meinen Untersuchungen — von Bujwid sogenannte: „streptococcus monomorphus et variegatus", d. i. zwei Formen von gewöhnlichem „streptococcus pyogenes", wie Professor Ribbert aus Bonn vermuthet. Noch in einer anderen Richtung zeichnet sich mein Fall vor den von Heryng beschriebenen Fällen aus nämlich durch die Disposition der allgemeinen Störungen zum localen Process. Diese Störungen (allgemeine Schwäche, Erschöpfung etc.), im Allgemeinen ziemlich bedeutend ausgedrückt, dauerten noch eine gewisse Zeit sogar nach dem Verschwinden des localen im Allgemeinen sehr benignen und schnell verlaufenden Prozesses sogar nach indifferenter Behandlung). Im Allgemeinen, so wie es gewöhnlich bei jedem neuen pathologischen Processe der Fall ist, gibt es hier auch noch viel Dunkles, was nur die zukünftigen Arbeiten von Seite der verschiedenen Verfasser zu erleuchten im Stande sein werden. Wir wissen bis jetzt noch nicht ganz sicher, mit welchem Processe wir es zu thun haben. Dass es hier nichts Verwandtes mit irgend welcher constitutionellen Krankheit (z. B. Syphilis, Tuberculosis) oder Diptherie giebt, scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen. Dies bestätigt sowohl mein Fall, als auch alle von Heryng beschriebenen Fälle. Ich werde hier nicht von der Differential-Diagnose zwischen dieser Krankheit und mehr oder weniger ähnlichen (so z. B.: angina ulcerosa Mackenzie's, Herpes, Looz, — schliesslich aphten, mit welchen, hauptsächlich mit der sogenannten angina aphtosa B. Fraenkel's, wirklich diese Krankheit, wie es auch Heryng angiebt — am meisten ähnelt) näher sprechen, weil alles dies in der obigen Arbeit Heryng's umstehend mitgetheilt ist. Ich füge nur hinzu, dass diese Krankheit, wegen des wenig ausgeprägten Processes in dem Pharynx und auch unbedeutender subjectiver Symptome gewiss mehr wie einmal unbemerkt geblieben ist. Es mag wohl sein, dass jetzt, wo wir Dank der Arbeit Heryng's von dem Vorhandensein dieses pathologischen Processes wissen, derselben mehr Aufmerksamkeit widmen werden. Dann kann es sich auch zeigen, dass die sogenannte: „angina ulcerosa benigna" andererseits keine solche grosse Seltenheit ist. Es könnte dies schon das Erscheinen zweier Arbeiten von zwei berufenen Stellen (Professor Matucci von Neapel und mein Fall) gleich nach der Veröffentlichung von Heryng's Arbeit beweisen. Dann auch wird die klinische, als auch aetiologische (hauptsächlich, wenn wir in jedem Fall bacteriologische Untersuchungen vornehmen werden) Seite dieser Krankheit zweifellos viel gewinnen. Und diese Krankheit wird aufhören so problematisch in Hinsicht ihrer Natur zu sein, wie sie jetzt ist. Es kann sein, dass der Name selbst „angina ulcerosa benigna"

Digitized by Google

sich als nicht passend zeigen und durch eine andere mehr wissenschaftliche Bezeichnung ersetzt werden wird.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss.)

Acute katarrhalische Mittelohrentzündung

wurde 432mal beobachtet, 252mal bei Männern, 180mal bei Weibern; 286mal war dir Affection einseitig, 146mal waren beide Ohren befallen. Bei den einseitigen Erkrankungen kamen bei den Männern die rechtseitigen (90 : 70), bei den Weibern die linksseitigen (70 : 66) häufiger vor.

Die Behandlung war die übliche mittels Lufteintreibungen; in einer Anzahl von Fällen wurde die Paracentese gemacht; die meisten Patienten wurden schon nach ungefähr 14tägiger Behandlung geheilt entlassen.

Chronische katarrhalische Mittelohrentzündung.

1307 Fälle, 831 bei Männern, 476 bei Weibern. Bei beiden Geschlechtern überwiegen weitaus die beiderseitigen Erkrankungen (660 bei den Männern, 367 bei den Weibern).

Bei der Behandlung des chronischen Katarrhs wurde, wie in den früheren Jahren, von den Einspritzungen medicamentöser Flüssigkeiten per tubam häufig und mit befriedigendem Erfolge Gebrauch gemacht.

Plastische Mittelohrentzündung.

238 Fälle, 139 bei Männere, 99 bei Weibern. Auch hier waren die beiderseitigen Affectionen vorherrschend.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Lufteintreibungen ins Mittelohr und Luftverdünnung und Verdichtung im äusseren Gehörgange, womit besonders im Anfangsstadium der Erkrankung eine Besserung erzielt wurde, während man bei vorgeschritteneren Fällen sich begnügen musste, wenigstens einigermassen die Beschwerden zu mildern.

Otitis media suppurativa acuta.

362 Fälle, davon 200 bei Männern, 162 bei Weibern. Fast sämtliche verliefen mit Durchbruch des Trommelfelles und mehr oder weniger lang dauernder Eiterung. Die Zahl der acuten Fälle ist wohl darum eine so grosse, weil in diesem Jahre die Influenza viele Ohrerkrankungen hervorrief. Was die Intensität der Influenzafälle anbelangt, waren es, wie auch aus dem vorjährigen Berichte ersichtlich, meist schwere Fälle, und verliefen über 30 derselben mit schweren Complicationen. Bei 12 Patienten musste zur Eröffnung des Warzenfortsatzes geschritten werden.

Bemerkenswert ist ein Fall, wo es zu consecutiver Parotitis kam.

W. G., Amb. Prot. Z. 47.328, 4 Monate alt, litt angeblich seit 14 Tagen an Ohrenfluss, seit 8 Tagen an Schwellung hinter dem Ohre. In den letzten Tagen trat auch eine Geschwulst unter dem Ohre hinzu, die immer grösser und schmerzhafter wurde, so dass sich die Mutter des Kindes veranlasst fühlte

Digitized by Google

die Klinik aufzusuchen. Es fand sich folgender Status vor: Gehörgang links mässig verengt durch eine die hintere und untere Wand betreffende Schwellung. Regio mastoidea etwas ödematös, ebenso die regio parotidea. Die Parotis selbst, sehr derb infiltriert, ausserordentlich schmerzhaft Das Trommelfell gerötet, geschwollen; an seiner unteren Peripherie ein pulsierender Lichtreflex sichtbar. Bei Lufteintreibung deutliches Perforationsgeräusch.

Es gelang in diesem Falle durch warme Ueberschläge die Erweichung der Drüse zu beschleunigen und in 14 Tagen den Prozess zur Heilung zu bringen

Otitis media suppurativa chronica.

In diesem Jahre wurden 843 Fälle chronischer Mittelohreiterung beobachtet, 569 bei Männern, 274 bei Weibern. Unter denselben waren 116 Fälle mit Polypenbildung compliziert, davon 79 bei Männern, 37 bei Weibern. Erwähnenswert ist darunter ein Fall, wo ein Conglomerat von derben fibrösen Polypen aus dem Gehörgange förmlich heraushing, und wo es mit der kalten Schlinge nicht gelang, die Polypen durchzuschneiden, so dass die galvanocaustische Entfernung vorgenommen werden musste.

Von besonderem Interesse sind ferner zwei Fälle mit Perforation der Shrapnell'schen Membran, die durch keine bisher angewendete Behandlungsmethode zur Heilung gebracht werden konnten, während sie in verhältnismässig kurzer Zeit durch Anwendung der von mir angegebenen Jodoformtampons geheilt wurden. Die Anwendung der Tampons, die aus Jodoformgaze oder auch Sublimatgaze an Gruber's Klinik gefertigt werden, geschieht in der Weise, dass zuerst der Gehörgang und die tieferen Ohrteile gründlich desinfiziert werden, worauf mittels einer von mir angegebenen Pincette der Tampon so tief als möglich durch die Fistel eingeführt wird. Der Tampon wird erneuert, wenn er vom Secret gefärbt erscheint, bis endlich keine Secretion sich zeigt.

R. B, Amb. Prot. Z. 44 337, 30 Jahre alt, Packer, seit 20 Jahren schwerhörig am linken Ohre. Im Mai 1889 soll, nachdem ihm beim Baden Wasser ins Ohr gedrungen, Ohrenfluss eingetreten sein. Seit dieser Zeit stand er an der Klinik in Behandlung. Bei der ersten Untersuchung zeigte sich hochgradige Otorrhoe, und zwar floss der Eiter durch eine Lücke der Shrapnell'schen Membran aus der Trommelhöhle in den Gehörgang. Die Lücke hatte die Grösse eines Hanfkornes und dehnte sich vom Hammerhalse nach vorne aus. Im Grunde derselben zeigte sich die Schleimhaut gewulstet und gerötet, stark secernierend. Mit der Sonde konnte nirgends cariöse Affection der Knochengebilde ausgemittelt werden. Der Rest des Trommelfelles zeigte sich etwas getrübt, die Epidermis gelockert, doch nirgends erhebliche Entzündungserscheinungen. Ebenso zeigte sich die Tuba Eustachii intakt, namentlich von normaler Durchgängigkeit. Die sorgfältigst geübte Untersuchung zeigte, dass die Entzündung nur im oberen Abschnitte der Trommelhöhle ihren Sitz hatte, und mit aller Wahrscheinlichkeit konnte auch angenommen werden, dass der entzündete Teil ganz abgeschlossen sei und weder mit dem unteren Teile der Trommelhöhle, noch mit der Tuba Eustachii communiciere. Mangel an Perforationsgeräusch bei der Luftdouche mit und ohne Katheter, obwohl die Luft bei jeder Ballonentleerung durch die Trommelhöhle strich, stützten diese Annahme.

Die Behandlung bestand bis Dezember 1889 in Ausspritzen mittels Hartmann'scher Kanüle, Luftdouche, Borsäureinsufflation. Ausserdem wurden mehrfach Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt und dann mit Borspiritus nachbehandelt. Der Zustand blieb jedoch immer derselbe. Am 7. Dezember 1889 wurden nun wieder die neugewucherten Polypenmassen entfernt,

Digitized by Google

die Höhle gereinigt und mit einem Jodoformtampon ausgefüllt, darüber Jodoformgaze in den Gehörgang eingeführt und eine Binde angelegt.

Bis zum 30. Dezember musste der Tampon blos 4mal gewechselt werden und zwar nur dann, wenn er durchfeuchtet war. Vom 30. Dezember bis 8. Januar 1890 blieb der Tampon vollkommen trocken. Auch in der Folgezeit trat keine Otorrhoe auf und verkleinerte sich die Lücke immer mehr; ob sie sich gänzlich geschlossen hat, konnte nicht konstatiert werden, da Patient zuletzt ausblieb, als durch Monate hindurch keine neuerliche Otorrhoe auftrat.

Franz L., Amb. Prot. Z. 46.464, 30 Jahre alt, Postbeamter, litt angeblich seit Mai 1885 an rechtsseitiger Otorrhoe. Er lag damals einen Monat auf der stationären Klinik, ohne dass es gelungen wäre, die Otorrhoe vollständig zu beseitigen, welche auch seither fortbestand trotz jahrelanger ambulatorischer Behandlung.

Am 21 Januar 1890 wurde bei ihm die Behandlung mit Jodoformtampons eingeleitet. Der Befund war damals folgender: Rechtes Ohr. Hammergriff deutlich zu sehen. Das untere Ende zeigt sich stärker einwärts gezogen. Der Hammer begrenzt von vorne her einen Substanzverlust des Trommelfelles, bei welchem die membrana flaccida und nahezu zwei Drittel des hinteren oberen Segmentes verloren gingen. In der Tiefe sah man die stark geschwollene, gerötete Trommelhöhlenschleimhaut, an welcher sich das Köpfchen des Steigbügels und der absteigende Ambossschenkel markierten. Eiterung ziemlich stark.

Es wurde nach vollkommener Reinigung des Gehörganges ein Jodoformtampon eingeführt, darüber der Gehörgang mit Jodoformgaze leicht verlegt.

Nach vier Wochen, während welcher Zeit der Tampon 3mal erneuert wurde, war die Eiterung vollständig sistiert.

Auch dieser Kranke erschien zeitweilig in der Klinik, ohne dsss die Otorrhoe sich wieder gezeigt hatte.

Surdomutitas.

40 Fälle. In einigen Fällen von erworbener Taubheit, wo das aetiologische Moment einigermassen die Indication dazu bot, wurden Pilocarpininjectionen (0.003—0.01 pro dosi subcutan injiciert) angewendet, durchaus mit negativem Erfolge. Der Aetiologie nach waren 26 erworben, 10 Fälle angeboren, 4 Fälle zweifelhaft. In den 26 erworbenen Fällen war die Taubheit 4 Mal nach „fieberhaften Erkrankungen", 1 Mal nach einem „Ausschlage", 1 Mal nach Influenza, 1 Mal nach Morbillen, 11 Mal nach Meningitis, 2 Mal nach Typhus, 3 Mal nach Scarlatina (bei allen diesen fand sich totale Destruktion des Trommelfelles und der Gehirnknöchelchen), 1 Mal nach grossem Schreck (?), 2 Mal nach Sturz auf den Kopf (?) zurückgeblieben.

Affectio labyrinthi

wurde in 20 Eällen als primäres, in 45 Fällen als consecutives Leiden beobachtet; 35mal war die Labyrinthaffektion in Folge eines chronischen Mittelohrkatarrhs, 10mal nach hypertrophierender Mittelohrentzündung aufgetreten. Die in diesen Fällen angewendeten intratubaren Injektionen von Jodkali- oder Jodnatronlösung waren zumeist erfolglos geblieben.

Caries ossis temp.

26 Fälle. Fast sämtliche gelangten zur Aufnahme in die stationäre Klinik und musste die Trepanation des processus mastoideus vorgenommen

Digitized by Google

werden. Besonderes Interesse bietet folgender Fall, bei welchem sich die Caries mit Cholesteatom im Schläfebein kombinierte:

E. E., Amb. Prot. Z. 49.892, Schauspieler, erschien am 9. September mit linksseitiger Accumulatio ceruminis. Nach dem Ausspritzen seigten sich im Gehörgange weissliche Epidermismassen, die durch Ausspritzen nicht entfernt werden konnten. Da dies auch nach Einträufelungen von Borsäureglycerinlösung nicht gelang, wurde am 14. September ein mehr als haselnussgrosses Cholesteatom mit dem scharfen Löffel entfernt, wobei Patient mehrmals von Schwindel befallen wurde. Nach der Entfernung dieser Massen zeigte sich totale Destruction des Trommelfelles und sämmtlicher Gehörknöchelchen, sowie eine ziemlich ausgedehnte Zerstörung der lateralen Wand des in eine grosse Höhle verwandelten oberen Trommelhöhlenraumes. Aus des Gegend des Antrums wucherte ein weit über erbsengrosser derber Polyp hervor, der mit der Schlinge abgetragen wurde. Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) O; beim Katheterismus deutliches Perforationsgeräusch. Vollständige Facialisparalyse. In den folgenden Tagen wurde Borspiritus eingeträufelt. Nach der Eröffnung der stationären Klinik wurde Patient in dieselbe aufgenommen, und es gelang bei ihm durch fortgesetzte Borspiritusbehandlung und nochmalige Auskratzung der ganzen Höhle vom Gehörgange aus das Cholesteatom zu beseitigen.

Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. Von Prof. E. Zaufal in Prag. (Prager Medic. Wochenschrift 1891, No. 3.)

Die Geschichte der operativen Eröffnung des thrombosirten Sinus und der Entfernung der darin enthaltenen infectiösen Massen reicht in eine Zeit, wo die Gehirnchirurgie noch nicht ihre jetzige Höhe erreicht hatte. Sie beginnt eigentlich damit, dass Tröltsch und besonders H. Schwartze stricte Indicationen für die vorher fast planlos ausgeführte Paracentese des Trommelfelles und Aufmeisselung des Warzenfortsatzes aufstellten. Ihr Grundsatz war: frühzeitige Entfernung infectiöser Massen aus der Paukenhöhle und ihren Nebenräumen, um die Infection der Nachbargebilde zu verhindern, oder, wenn sie schon eingetreten war, aufzuhalten. „Die prophylactische Arbeitsleistung der bisher von den Ohrenärzten aufgestellten Operationen und der rationellen Behandlung der acuten und chronischen Mittelohrentzündung steht zu der curativen Leistung der Gehirnabscess- und Sinuseröffnung in einem ähnlichen Verhältnisse, wie die Arbeitsleistung der Hygienie zu der Individualtherapie.“

Die directe Inangriffnahme der Thrombose durch Trepanation des Proc. mastoid. mit nachfolgender Eröffnung des Sinus, Entfernung der infectiösen Massen durch desinficirende Injectionen, endlich die Unterbindung der Jugularvene, wenn sie nicht durch einen soliden Thrombus bereits verschlossen ist, wurde von Z. schon 1880 in der Prager med. Wochenschrift, Seite 516, im Anschluss an die Mittheilung eines einschlägigen Falles mit lehrreichem Obductionsbefund als der einzige Weg zur Heilung bezeichnet. Eine nach diesem Plane ausgeführte Operation theilte Z. 1884 (in der Prag. medic. Wochenschrift, No. 48) mit. Der Patient war zwar 14 Tage nach der Trepanation an lobulärer Pneumonie und eitriger Pleuritis gestorben, doch fehlte eitrige Meningitis und die anfangs deutlichen Symptome der Meningitis, besonders Neuritis optica und Stauungspapille zeigten nach der Operation einen deutlichen Rückgang. Die Ligatur der Jugularvene,

Digitized by Google

bei schon bestehender Thrombose unterhalb derselben. empfahl Z., um die Ueberwanderung der infectiösen Keime oder das Eindringen von grösseren Klümpchen oder von Injektionsflüssigkeit in die Blutbahnen und das Herz bei der nun folgenden Ausräumung mit desinficirenden Injectionen oder mit dem scharfen Löffel zu verhindern.

Die ersten operativ geheilten Fälle wurden von Arbuthnot Lane und Charles A. Ballance publicirt. Ohne wahrscheinlich Z.'s Arbeiten zu kennen, gingen sie nach demselben Plane vor. Zum Schlusse gibt Verf. den Operationsgang und Krankheitsverlauf jener Fälle auszugsweise wieder und erwähnt noch die beiden Operationen Salzers, von denen eine letal, die andere mit Heilung endete. Dr. Hitschmann.

Kritische Bemerkungen über die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Ohreneiterungen. Von Dr. Emanuel Max. (Internationale Klinische Rundschau No. 2 u. 3; 1892.)

Das von Jänicke durch Erhitzen gleicher Teile Borsäure, Borax und Wasser dargestellte „Natrium tetraboricum" soll wegen seiner Anwendbarkeit in flüssiger Form den Arzt in die Lage versetzen, auch auf versteckt gelegene Erkrankungsherde der Trommelhöhle, selbst bei kleiner Perforation, therapeutisch einzuwirken. Verf. fand ein viel geringeres Lösungsverhältniss in siedendem Wasser, als dies Jänicke angiebt, nämlich nur 23 pCt. Die therapeutischen Resultate waren ungefähr dieselben wie die Jänicke's: bei einfachen Fällen schon in den ersten Tagen Nachlassen der Secretion, Schwinden eines etwa vorhandenen Foetor und Abblassen der Mucosa cavi tympani, in leichten Fällen baldige Heilung innerhalb 5—26 Tagen, in schweren Fällen nur Herabsetzung der Secretion und Beseitigung des Foetor, selbst nach 42tägiger Behandlung. Granulationen und Polypen blieben ganz unbeeinflusst. Einfache, mit grossen Trommelfelddefecten verbundene Formen wurden durch Natrium tetraboricum in pulvere günstiger beeinflusst, als durch das gelöste. — Der Uebelstand, dass der den Gehörgang verschliessende, durch Eintrocknen der aufgesaugten Lösung mit spitzen Krystallen bedeckte Tampon häufig Excoriationen und Sugillationen erzeugt, von welchen aus M. sogar ein Erysipel ausgehen sah, lässt sich leicht durch Bestreichen mit einer öligen Substanz oder Vaselin vermeiden. —

Verfasser wendet sich dann zu den von Kafemann enthusiastisch mitgetheilten Heilungsresultaten und weist an der Hand der publicirten Krankengeschichten nach, dass in vielen Fällen das erzielte Resultat kein glänzendes oder die eingetretene Heilung weniger der Behandlung mit Natrium tetraboricum als den daneben vorgenommenen operativen Eingriffen oder der spontanen Ausstossung eines Sequesters zuzuschreiben ist.

Dr. Hitschmann.

Ohrenhusten. (Toux auriculaire) von Dr. Compaired. (Bolletino delle malattie dell' orecchio Avril 1891. Annales des maladies de l'oreille et du larynx.

Ein 43 jähriger Mann klagte seit einem Jahre über einen Tag und Nacht dauernden anfallsweise auftretenden Husten; Hals, Nase, Brust ge-

Digitized by Google

sund; rechts etwas schwerhörig; vor 4 Jahren, während eines Meerbades in Sanct Sebastian schlug eine Welle Patienten fest aufs rechte Ohr, worauf eine einen Monat dauernde otitis eintrat; die Untersuchung des Ohres ergab eine schwarze Masse auf dem Trommelfell, welche sich nach ihrer Entfernung als kleine Muscheln ergab. Husten geheilt. Es bestand centripetale Reizung der auricularis, welche aus dem ganglion jugulare Vagi stammt und darauf folgende Reizung der Aeste, welche sich zu den recurrenti und dem laryngei superiores begeben. Dr. P. K.

Affectionen des Ohrs nach einfachen Operationen in der Nase. Von Dr. Hessler, Privatdocent der Ohrenheilkunde in Halle a/S. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 50, 1891.)

Das Auftreten von Erkrankungen des Ohres im Anschluss an Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes ist selbst den Laien bekannt; sie werden von den durch die Tuba Eustachii ins Ohr verschleppten Microorganismen angefacht. Zaufahl fand bei Ozaena in 80 %, bei Nasenpolypen in 56% der Fälle das Mittelohr erkrankt. Die falsche Anwendungsmethode der Weberschen Nasendouche, nicht diese selbst, ist oft Ursache einer solchen Uebertragung. Von besonderem Interesse sind die Affectionen des Ohres nach Operationen in der Nase. Verfasser findet dieselben in der Literatur nur 9 Mal erwähnt, alle wurden geheilt. Es waren dies Mittelohreiterungen und Recidiven von Otorrhoe nach hinterer Tamponade mit Eisenchloridlösung, nach Aetzung mit dem Galvanokauter und mit Chromsäure sowie nach Abtragung hypertrophischer Nasenmuscheln und Schleimhautwucherungen, mitgetheilt von Hartmann, Gellé, Barth und Eitelberg. 8 Fälle eigener Beobachtungen betreffen je ein Mal Mittelohrcatarrh nach Touchirung der Nase und des Rachens mit Höllensteinstift, nach Aetzung der Nasenmuschel mit Chromsäure, letztere ein Mal mit nachfolgender Nasendouche, ferner 5 Mal noch Galvanokauterisation in der Nase. In einem 9. Falle, wo H. selbst einen Kantenvorsprung des durch ein Trauma infrangirten knorpeligen Septum weggeschnitten und dann leicht mit Jodoformgaze tamponirt hatte, trat schon Tags darauf acute Otitis auf, welche die Paracentese, und da auch Empfindlichkeit des Proc. mastoid. hinzutrat, am 8. Tage die Trepanation erforderte; nach 6 Wochen völlige Heilung.

Die geringe Zahl der publicirten Fälle derjenigen der selbstbeobachteten gegenüber, lässt vermuthen, dass eine Anzahl als vermeintliche ärztliche Kunstfehler verschwiegen wurden, doch kann die Infection durch die Microorganismen des in Folge Stauung sich zersetzenden Nasensecretes und Resorption durch die reichlichen Blut- und Lymphgefässe der Nase selbst bei streng aseptischem Vorgehen während der Operation ermöglicht sein. Darum sollte man nur bei absoluter Behinderung der Nasenathmung operiren und blutige, selbst geringfügige Eingriffe und Kauterisationen nur wenn absolut nöthig vornehmen, umsomehr als die Schwierigkeiten für die Antisepsis der Nase wegen der schwer zu erreichenden Nebenhöhlen noch bedeutende sind. In der Nachbehandlung ist der Infection durch die Inspirationsluft durch lockere Tamponirung der Nase, sowie durch kurzen Abschluss des Patienten vom Verkehre mit der Aussenwelt vorzubeugen. Bei Blutungen, welche der Galvanokauter nicht stillt, ist nur die Nasentamponade anzuwenden, doch darf der Tampon wegen Zersetzung des

Digitized by Google

Nasensecretes in leichteren Fällen nicht länger als 12 Stunden liegen bleiben. Dr. Hitschmann.

b. Rhinologische.

Behandlung der schweren Nasalblutungen. (Traitement des hémorrhagies nasales graves) von Dr. Dionisio. (Archiv. ital. di laryngologica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12.)

Die Belloc'sche Sonde ist schwer einzuführen und für den Patienten sehr schmerzhaft. Verfasser hat nun eine 11 Centimeter lange mit einer Kautschukblase umgebene Canule construirt, welche auf demselben Princip wie die Trendelenburg'sche Trachealcanule beruht und deren Anwendung leicht zu begreifen ist. Dr. P. K.

Die Bacterien der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. (Les bacteries des fosses nasales à l'état physiologique) von Dr. Daletti) Archiv. Ital. di laryngologia, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12).

Die Flora (!) der Nasenhöhlen ist bis jetzt wenig bekannt, die Autoren widersprechen sich. Verfasser hat nach langen Untersuchungen folgenden Folgeschluss gefunden: Es ist schwer zwischen pathologisch und physiologisch zu unterscheiden; es müssen noch lange und die Geduld auf die Probe setzende Arbeiten gemacht werden, ehe man zu einem berechtigten Schlusse kommt. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische.

Ein Fall von Tracheotomie wegen multipler Neubildungen im Kehlkopfe. (A case of tracheotomy for multiple neoplasme of the larynx.) Von J. Solis-Cohen. M. D. (International. clinics. January 1892).

Klinischer Vortrag über Tracheotomie im Allgemeinen, insbesondere über deren Vornahme bei einem 22jährigen Maschinisten, welcher seit Monaten an Heiserkeit, seit circa 4 Wochen an zeitweilig auftretenden Suffocationszufällen litt, die durch zahlreiche Wucherungen im Kehlkopf bedingt waren, nicht sowohl durch Raumbeengung durch dieselben, sondern durch den Glottiskrampf, welchen sie bei gelegentlicher Einklemmung zwischen die Stimmbänder auslösten. Die Neubildungen, welche mikroscopisch-laryngoscopisch den Eindruck von Papillomen machten, wurden mit der Zange entfernt und erwiesen sich mikroscopisch als „Entzündungsgewebe". Heilung konnte nicht erzielt werden, vielmehr entwickelte sich rapid eine acute Tuberculose, welche eine Vernarbung des Gewebes verhinderte. Beschorner.

Fall von Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprungs. (Un cas de Dysphagie probablement d'origine corticale) von Dr. C. Abate. Archivi italiana di laringolosia, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892. Nr. 12.)

Ein 18jähriger Bursche erhielt einen heftigen Schlag auf den Kopf; Bewusstlosigkeit während mehrerer Stunden; nach dem Erwachen vollständige Dysphagie; nach 14tägiger Dauer kam der früher lustige jetzt aber

Digitized by Google

schweigsam hypochondrische Mann zum Verfasser, welcher ihn durch mehrmaliges Electrisiren heilte. Verf. glaubt ein specielles corticales Bewegungscentrum annehmen zu können, welches dem Schlingact vorsteht. Kann es sich nicht um einfache Hysterie gehandelt haben? Dr. P. K.

Die „Paralyse der Abductoren". Kritischer Rückblick. Von Dr. Paul Raugé in Challes. (Arch. internat. de Laryngolog. etc. V. No. 3. May-Juny 1892.)

R. ist der Ansicht, dass unter dem „Laryngismus" und „Glottisödem" älterer und alter Aerzte zumeist nichts Anderes zu verstehen sei, als die Krankheit, welche nach Einführung der Laryngoscopie, gemeinhin mit dem Namen der „Abductorenparalyse" bezeichnet wird und deren klinisches Bild in classischer Weise zuerst Gerhardt festgestellt hat, der uns auch zeigte, nach welcher Richtung hin, wenn kein anderes Hinderniss für die Athmung zu finden ist, wir fast immer den Grund für eine laryngeale Dyspnoe zu suchen haben. R. ergeht sich ferner in Würdigung der Beobachtungen und Arbeiten von Riegel, P. Koch, Penzoldt, E. Weber, Feith, Burow, Mackenzie u. A. und unterwirft schliesslich die, auf Experimenten und pathologisch medicinischen Untersuchungen aufgebauten Theorien von Krause einerseits und Rosenbach und Semon anderseits, welche bekanntlich in der Controverse gipfeln, ob es sich bei der fraglichen Krankheit um Contraction der Abductoren oder um Paralyse der Abductoren handelt, einer längeren Besprechung, ohne sich nach der einen oder anderen Richtung hin zu entscheiden. Er schliesst vielmehr mit dem Ausdrucke der Ueberzeugung, dass die Frage heute nicht um viel mehr geklärt sei, als vor einem Vierteljahrhundert. Beschorner.

Klinische Messung des Geruchssinnes. (Mensuration du sens de l'odorat à l'examen clinique.) Von Dr. Zwaardemaker. (Lancet, Journal of laryngol. und Annales des maladies du larynx, 1892, S. 11.)

Beschreibung eines vom Autor erfundenen Olfactometer, welches genau den Grad der Anosmie festzustellen erlaubt. Dr. P. K.

Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. (Ténesme des piliers et du Pharynx.) Von Dr. Lennox Browne. (Journal of Lar. and Rhin. u. Annales des maladies du larynx, 1891, S. 11.).

Tenesmus des Pharynx und der Gaumenbögen nennt B. das fortwährende Bedürfniss, zu schlucken, oder einen vermeintlichen Fremdkörper auszuwerfen. Er begreift also nicht allein den globus hystericus, sondern alle ähnlichen Krankheitszustände, welche man bisher als nervöse bezeichnete. Hypertrophie des adenoiden Gewebes an der Zungenbasis und an der Zungenmandel, Varicen der an derselben Stelle gelegenen Venen, Congestion und öfters Volumszunahme der Schilddrüse sind die objectiven Symptome.
Dr. P. K.

Oesophagus-Polyp. (Polype de l'oesophage.) Von Dr. Shendrikowsky. (Medicz. Oboza und Annales des maladies du larynx, 1891, S. 11.)

Ein 19jähriger Mann zeigte einen kurz gestielten, an der Grenze des Parynx und Oesophagus aufsitzenden, den Larynx von hinten comprimirenden

Digitized by Google

Tumor. Tracheotomie, Operation, Heilung. Der Tumor wog 20 Gramm, sein Stiel war 2 Centimeter dick. Fibröses Gewebe mit Bindegewebe gemischt nebst einzelnen käsigen entarteten Herden waren das microscopische Resultat. Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. Perforation der Carotis. (Corps étranger de l'oesophage. Perforation de la carotide.) Von Dr. Simanowsky. (Wratch, Journal of laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, S. 11.)

Verschlingen eines an einem Eisendraht befestigten Stückes Fleisch; sehr starke Blutung, Schmerzen in der Höhe des Larynx. Nach drei Wochen Tod. Das Eisen hatte die rechte Pharynxseite durchbohrt in der Höhe der Cartilago thyreoidea, dann die Carotis angestochen und sich parallel an dieselbe angelegt. Durch die nachherige Eiterung wurde die Carotiswand angefressen. Dr. P. K.

Instrumente und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontalis, ethmoidalis, sphenoidalis und ethmoido lacrymalis angewandt werden. (Les instruments de la technique chirurgicale employées dans les affections des sinus du nez; frontaux, mouillaires, ethmoidaux, sphenoidaux et ethmoido-lacrymaux.) Von Prof. Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No, 12.)

V. giebt für jeden einzelnen Sinus die gebräuchlichen Instrumente mit der Gebrauchsweise nebst seinen persönlichen Erfahrungen über den Gegenstand. Die Beschreibung und Abbildung der Instrumente werden am besten im Originaltext nachgelesen. Dr. P. K.

Der Athmungsmodus während des Turnens. (Du mode respiratoire pendant la gymnastique.) Von Dr. Conetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No. 12)

Leider besteht bis jetzt noch keine Hygiene des Athmens beim Turnen Das früher angerathene combinirte Mund- und Nasenathmen ist als nicht durchführbar und physiologisch fast unmöglich von vornherein zu verwerfen. Es kann sich also nur um Mund- oder Nasalathmen handeln. Das Mundathmen ist blos als Hilfsathmen zu betrachten, es tritt ein, wenn grosse Ansprüche seitens der Organe an die Lungen und indirect an das Herz gestellt werden, es kann das Athmen nicht reguliren, es gestattet keine Reserveluft in den Lungen, der Thorax stützt sich auf die durch das Diaphragma nach unten comprimirten Bauchorgane. Das Nasalathmen ist das einzig normale, es ist allein anzurathen; übrigens ist das Nasalathmen das einzig unbewusste automatische Athmen; das alternirende Mundinspiriren und Naseninspiriren und umgekehrt ist auf die Dauer nicht möglich. V. hat den Athmungsmodus an sich selbst während des Turnens, und zwar auf dem Zweirad, als dem dazu geeignetesten Instrumente erprobt; athmet man beim Radfahren nur durch die Nase, so kommt ein Moment, wo die anfangs erweiterten Nasenflügel sich durch die mittelst der Lage des Gaumensegels geschaffene Luftverdünnung sich an die Nasenwand andrücken, wo also Athemnoth eintritt und wo der Radfahrer, wenn er weiter fahren will, die Mundathmung zu Hilfe nehmen muss. Das Gaumen-

Digitized by Google

segel und indirect die Nasenflügel stehen der Athmungsnoth vor und bewahren das Herz vor Asystolie. An dieser Grenze soll der Radfahrer ausruhen und nicht die Mundathmung durch Weiterfahren zu Hülfe nehmen. Während dem Inspiriren im Allgemeinen muss man das Herz vor einer zu grossen Anstrengung schützen; durch das Naseneinathmen wird letzteres und das Nasenathmen im Allgemeinen ausgebildet; da der Mund immer geschlossen bleibt, so bleibt der von Donders bewiesene verminderte Druck fortwährend bestehen und so wird die durch das Nasenathmen leicht entstehende Wölbung des harten Gaumen vermieden; wenn also bei geschlossenem Munde gymnastische Uebungen ausgeführt werden, so zeigen die Ermüdung und das Athembedürfniss die Grenze, bis zu welcher körperlich gearbeitet werden kann, ohne das Herz überanzustrengen. Der Turnlehrer soll also kein Mundathmen erlauben; daher kommt auch der Gebrauch, dass man beim Turnen oder Radfahren irgend einen harten Gegenstand in den Mund nimmt. Die wissenschaftlich geleitete Methode des Athmens bei gymnastischen Uebungen, bei Fusstouren, bei Soldatenmärschen etc. etc., eine Methode, welche sich am besten auf dem Zweirad studiren lässt, ist von der grössten Wichtigkei für den Gesundheitszustand unserer Jugend und Soldaten; bei letzteren kommt es z. B. nicht darauf an, viele Stunden in wenig Zeit zurückzulegen, sondern man muss langandauernde Resultate mit normaler Erhaltung der Thoraxorgane erzielen. Dr. P. K.

Exalgin im Spital Lariboisière. (Etudes sur l'exalgine d'après les observations, prises à l'hospital Lariboisière.) Von Dr. Désiré. (Société d'études scientifiques und Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No. 12.

Bei den unausstehlichen Schlingbeschwerden der Phtisiker genügt eine Dosis von 25 Centigramm 1 oder 2 Mal täglich genommen, um die Schmerzen zu lindern. Bei Larynxkrebs ist die Wirkung weniger vollkommen. Dr. P. K.

Die tuberculöse Impfung beim Hunde. (La vaccination tuberculeuse sur le chien) von Dr. Ch. Richet und Dr. Héricourt (Académie des sciences de Paris, séance de 7. Juin 1892).

Verfasser haben nachgewiesen, dass mit Vögeltuberculose geimpfte Hunde der menschlichen Tuberkulose unzugänglich sind; sie beweisen dies durch die auf Hunden gemachten Experimente. Verf. sind weit entfernt hiervon irgend einen Schluss auf die Tuberculose des Menschen zu ziehen, sie glauben aber, dass die Experimente prophylactisch und vielleicht auch therapeutisch von Nutzen sein können. Dr. P. K.

Beitrag zur Bacteriologie der Diphtheritis. (Contribution à l'étude bacteriolologique de la Diphtérie) v. Dr. Labée. (Société de thérapeutique de Paris, séance du 7. Juin 1892).

Mit Unrecht glaubt man, dass der Klebs-Bacillus blos in den Pseudomembranen vorhanden ist. Vf. hat ihn bei einer Reihe von Diphtheritiskranken im Speichel, im Nasensecrete, im Canulenauswurf (nach der Operation) nachgewiesen. Hieran knüpfen sich practische Schlüsse, nämlich dass man Mund, Nase und Canule nach Verschwinden der Pseudomembranen reini-

Digitized by Google

gen soll, dass man die Heilung erst nach erhobenem Befund bei der bacteriologischen Untersuchung aussprechen kann. Dr. P. K.

Eine Methode, welche motorische graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. (Sur un procédé destiné à provoquer des images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale.) Von Dr. Charcot. (Société de biologie de Paris. Séance du 11. Juin 1882.)

Ein mit Wortblindheit behafteter Kranker kann beim einfachen Lesen die geschriebenen Worte oder die gedruckten Worte nicht verstehen. Es genügt, einen solchen Kranken mit seiner eigenen Hand im leeren Luftraum oder auf einem Stück Papier das nichtverstandene Wort mit einem Bleistift schreiben zu lassen, indem man ihm natürlich die Hand führt, oder indem Patient die Conturen der nicht verstandenen Worte verfolgt. Diese beiden Methoden haben je einen Fehler: bei der ersten, nämlich wo man mit grossen Bewegungen des Patienten dessen Hand und ganzen Arm in der Luft führt, bestehen ganz andere physiologische Bewegungen als bei den feineren Griffen, welche zum gründlichen Schreiben nöthig sind; bei der zweiten, wo der Patient die Conturen der Worte verfolgt, kommt der Gesichtssinn mit ins Spiel. Vf. ist es auch gelungen, bei aphasichen, hysterischen und gesunden Leuten diese Mängel zu beseitigen und durch seine Methode hat er bewiesen, dass es ein selbstständiges motorisches Schreibcentrum gibt, welches für sich allein functionirt, ohne Beihilfe des Sehcentrums; dieses Centrum ist bei verschiedenen Leuten verschieden entwickelt. Ebenso wie es Hör- und Sehcentren gibt, welche mehr weniger ausgebildet sein können, so bestehen graphische Bewegungscentren, welche durch geminderte Erziehung und Uebung bisher weniger beobachtet worden sind.

Dr. P. K.

Creosotwein mit Chloroform. (Vin creosoté et chloroformé contra la bronchité tuberculeuse). Von Dr: Desprez. La semaine medicale 1892 Nr. 82.)

Verf. lobt sehr folgende Formel bei Phtisikern: Creosoti fagi u. Chloroform puri à 3 grammes, Tinct. arnic. 30 grammes. Malaga 300 grammes, etwas vor jeder Mahlzeit einen halben Esslöffel voll in einem kleinen Glas Wasser zu nehmen. Dr. P. K.

Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. (De l'application thérapeutique du bâillement. Von Dr. Naegeli (semaine medicale 1892 Nr. 82.)

Bei acuten Rachenkarrtarrh und Cartarrh der Tuben, lässt Verfasser seine Patientem öfter täglich eine Serie Gähnbewegungen ausführen, welche durch Contraction der Muskeln des larynx, der Gaumenbögen und der Tuben eine Art Massage bewirken; das Gähnen ist leicht durch Autosuggestion, Suggestion oder Nachahmung hervorzurufen. Durch diese Art Massage wurden auch die Secretionen herausbefördert, durch Contraction des knorpeligen Theiles der Tuba werden die Pfröpfe besser als durch die Sonde und das Valsaba-Politzersche Verfahren herausgestossen; die Behandlung ist immer erfolgreich und schadet nicht soviel als die Nasensonden.

Dr. P. K-

Digitized by Google

Hysterotraumatische Larynxlähmung. (Paralyse hystérotraumatique du larynx) von Dr. G. Masini. (Bolletino delle Malattie dell' orecchio Septembre 1891 u. Annales des maladies de l'oreille 1891 Nr. 12.)

Ein 35jähriger hysterischer Mann hat einen die trachea comprimirenden Kropf und musste die Thyroidectomie gemacht bekommen; recurrentes und ihre Aeste erwiesen sich als intact. 3 Tage nach der Operation Aphonie ohne nachweisbare Ursache; Faradisation brachte momentane Heilung; Lähmung der musculi transversi u. obliqui; es besteht keine Apsithyrie. Gestützt auf die Incubationsdauer, auf die Entstehungsart, auf den laryngoscopischen Befund, auf die Operation und namentlich auf die hysterischen Anlagen, nimmt Verfasser dem Beispiele Charcots folgend eine hysterotraumatische Lähmung an. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Schwerer Fall von acuter laryngitis subglottica. (Un cas de laryngité sousglottique aigue grave) von D. Conradi (Bolletino delle Malattie dell' orecchio, Février 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12).

Acut auftretender Anfall bei einem 12jährigen vorher gesunden Kinde. Medicamente, Einathmungen von Wasserdämpfen, Eis, Blutegel am manubrium sterni brachten Heilung. Tracheotomie konnte vermieden werden.
Dr. P. K.

Fall von Atrophie eines Larynx-Tumors bei einem Mädchen. Von Dr. Max Thorner in Cincinnati. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V. No. 3. May-Juny 1892.)

Ein dreijähriges Mädchen mit belegter Stimme seitdem es spricht, wird im Verlaufe von 1½ Jahren vollständig aphonisch. Neben intensiver Laryngitis fand sich bei der laryngoscopischen Untersuchung am freien Rande des linken Stimmbandes, in das Glottis-Lumen hineinragend, breitbasig aufsitzend eine dreieckige Geschwulst von der Grösse einer gespaltenen Erbse. Die bestehende beträchtliche Dyspnoe ward auf Conto der erwähnten Laryngitis gebracht und vorerst gegen diese therapeutisch vorgegangen. Der hierbei zu verzeichnende Erfolg erstreckte sich aber nicht blos auf die Dyspnoe, sondern auch auf die Heiserkeit, denn 2 Jahre nach Beginn der Behandlung war nicht blos die erstere geschwunden, sondern die Stimme war verständlich geworden, wenn auch noch rauh (bei Fortbestand des Tumors). Abermals 2 Jahre darauf und nachdem das Kind einen Keuchhusten durchgemacht, erschien die Stimme fast rein und hell, als Neubildung fand sich nur noch eine diffuse Anschwellung des betreffenden Stimmbandes vor. — Th. glaubt, dass der Tumor eine fettige oder amyloide Degeneration eingegangen und vielleicht während und in Folge des Keuchhustens ausgestossen worden ist. Beschorner.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Tsakyroglous: Aus meiner Praxis. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. — Avellis: Tracheapolyp. — Schaeffer: Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. — Sedzcak: Ein Fall der sogenannten „Angina ulcerosa benigna" (Heryng). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gruber: Bericht über die an der k. k. Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss.) — Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. — Max: Kritische Bemerkungen über die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Ohrenerweiterungen. — Compaired: Ohrenhusten. — Hessler: Affectionen des Ohres nach einfachen Operationen in der Nase. — b) Rhinologische: Dionisio: Behandlung der schweren Nasalblutungen. — Deletti: Die Bacterien der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. — c) Pharyngo-laryngologische: Solis-Cohen: Ein Fall von Tracheotomie wegen multipler Neubildungen im Kehlkopfe. — Abati: Fall von Dysphagie, wahrscheinlich corticalen Ursprungs. — Raugé: Die „Paralyse der Abductoren." Kritischer Rückblick. — Zwaardemaker: Klinische Messung des Geruchssinnes. — Browne: Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. — Shendrikowsky: Oesophagus-Polyp. — Simanowsky: Fremdkörper im Oesophagus. Perforation der Carotis. — Cozzolino: Instrumente und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontales, ethmoidales, sphenoidales und ethmoido-lacrymales angewandt werden. — Conetoux: Der Athmungsmodus während des Turnens — Désiré: Exalgin im Spital Lariboisière. — Héricourt: Die tuberculöse Impfung beim Hunde. — Labée: Beitrag zur Bacteriologie der Diphtheritis. — Charcot: Eine Methode, welche motorische graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. — Desprez: Chreosotwein mit Chloroform. — Naegeli: Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. — Masiné: Hystero-traumatische Larynxlähmungen. — Conradi: Schwerer Fall von acuter Laryngitis subglottica. — Thorner: Fall von Atrophie eines Larynx-Tumors bei einem Mädchen.

INSERATE.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Atlas

der

Kehlkopf-Krankheiten

enthaltend

345 Figuren auf 37 Tafeln in Farbendruck und 25 Zeichnungen.

Nach der Natur gemalt, gezeichnet und erläutert von

Dr. Robert Krieg.

Hochquart Gebunden. Preis 42 Mark. **Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.**

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch

der

Ohrenheilkunde.

Für Aerzte u. Studirende.

Von **Dr. Wilh. Kirchner,**

Professor der Ohrenheilkunde u. Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg.

Vierte verbesserte Auflage. — Mit 42 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis: geh. **M. 4.80,** geb. **M. 6.—.**

Wenngleich diese vierte Auflage von der dritten nur ein Zeitraum von zwei Jahren trennt, hat der Herr Verfasser doch manches Neue zu bieten; so hat er den wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Warzenfortsatzes vollständig umgearbeitet und beträchtlich erweitert, der Untersuchung sowie den Erkrankungen des Nasenrachenraumes eine eingehendere Beachtung angedeihen lassen und dgl. mehr.

Berlin, Juli 1892. **Friedrich Wreden.**

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vors. and d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, August 1892.** **No. 8.**

I. Originalien.

Beitrag zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen

von Dr. **Stetter.**

Docent der Chirurgie und Ohrenheilkunde in Königsberg, Ost-Preussen.

Nachdem ich von Jahr zu Jahr mehr darauf achten gelernt hatte, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen, in denen die Schwerhörigkeit auf ein Leiden des schallleitenden Apparates zurückzuführen war, in hervorragendem Grade das Trommelfell und in Folge davon auch die Gehörknöchelchen beteiligt waren, habe ich den Versuch gemacht durch operative Eingriffe an ersterem und Lockerung der Gehörknöchelchen-Gelenke, die Hörfunction des Ohres zu bessern. Dass dies in geeigneten Fällen möglich ist, haben mir drei Patienten bewiesen, die ich in den letzten Monaten zu behandeln Gelegenheit hatte.

Bei allen drei Kranken waren die Symptome fast genau dieselben. Es hatte sich ohne merkliche schmerzhafte Veranlassung im Laufe von mehreren Monaten, bis zu 4 Jahren, eine so erhebliche Schwerhörigkeit ausgebildet, dass eine vom normalen Ohr auf 2 Meter Entfernung gehörte Uhr, von einer Patientin garnicht mehr, von der Andern nur beim Anlegen an die Ohrmuschel gehört wurde. In einem Falle wurde auch über starke entotische Geräusche und zeitweise Schwindelanfälle geklagt. Die Unter-

Digitized by Google

suchung des Trommelfelles ergab, dass dasselbe schnig blass war, verdickt und matt glänzend. Die Kopfknochenleitung war zwar bei allen Kranken erhalten, jedoch bei zweien derselben mit deutlicher Lateralisation nach der gesunden Seite, während bei der dritten Patientin auf der kranken Seite gar keine Wahrnehmung des Tones durch die Kopfknochenleitung mehr vorhanden war, sondern stets der Ton von allen Stellen des Kopfes ausschliesslich nur von dem Ohr der gesunden Seite gehört wurde.

Zu der naheliegenden Annahme einer Sclerose der Mittelohrschleimhaut, fehlten zu viele Symptome, sowie ich überhaupt diese Erkrankung unter über 3000 Patienten bisher hier noch nicht einmal ohne allen Zweifel sicher constatiren konnte. Das Aussehen der Trommelfelle, die Entwickelung des Leidens und die Symptome stellten für mich die Diagnose sicher, dass es sich um einen chronisch entzündlichen Process im Trommelfell handelte, in Folge dessen es zu einer Verdickung, Verhärtung und Herabsetzung der Schwingungsfähigkeit der Membran gekommen war, ohne Injection oder Granulationsbildung oder eitrige Absonderung. Mein Gedankengang war nun der, dass in Folge der herabgesetzten Schwingungsfähigkeit des Trommelfelles und in Folge seiner Verdickung ein dauernder Ueberdruck auf die Gehörknöchelchenkette und den Labyrinthinhalt ausgeübt würde und dass auch der, durch die tuba Eustachii vermittelte Luftdruck nicht mehr im Stande sei das harte Trommelfell in seine Gleichgewichtsstellung zu drängen und dadurch das Labyrinth vom Drucke der Steigbügelplatte zu entlasten. Wenn dieser Zustand Monate oder Jahre lang bestehen bleibt, so ist während dieser ganzen Zeit eine normale Beweglichkeit der Gehörknöchelchengelenke, sowohl wie der Steigbügelplatte einerseits, als auch andererseits des Trommelfelles unmöglich und es wird sich in Folge dessen eine Inactivitäts-Ankylose der Gehörknöchelchengelenke und eine feste Verbindung der Steigbügelplatte im ovalen Fenster ausbilden. Es wird dadurch ein mehr oder weniger grosser Ueberdruck auf den Labyrinthinhalt ausgeübt werden und es ist erklärlich, dass auf diese Weise eine Druckparese des Corti'schen Organs entstehen kann, sodass in diesem Falle die Kopfknochenleitung auf der betreffenden Seite ganz erloschen sein wird, während sie noch erhalten ist, jedoch mit Lateralisation nach der gesunden Seite, wenn der Labyrinthüberdruck noch nicht lange genug eingewirkt hat, um eine vollständige Lähmung der Nervenenden zu bewirken. So war es zu erklären, dass bei der einen Patientin die Knochenleitung auf der kranken Seite bereits ganz erloschen war, während sie in den anderen Fällen zwar noch erhalten war, aber nach der gesunden Seite hin lateralisirte. Hier war also auch nach Analogie des Rinne'schen Versuches, der Schluss gerechtfertigt, dass die Schwerhörigkeit bedingt war, durch die abgesetzte Schwingungsfähigkeit des schallleitenden Apparates.

In Folge dieser Annahme über das Zustandekommen der Herabsetzung der Hörfähigkeit, hielt ich es für gerechtfertigt durch eine Discision des Trommelfelles den Versuch zu machen, das Labyrinth von seinem Ueberdruck zu entlasten und der Erfolg hat in allen drei Fällen gelehrt, dass auf diesem Wege zum mindesten eine Besserung des Leidens zu erzielen ist. Um der supponirten abnormen Festigkeit der Steigbügelplatte im ovalen Fenster auch direct entgegen zu wirken und nach chirurgischem Princip die dort bestehende fibröse Ankylose zu beseitigen, nahm ich pas-

Digitized by Google

sive Bewegungen des Trommelfelles und indirect auch der Gehörknöchelchen vor dadurch, dass ich vermittelst eines feinen, in die Discisions-Oeffnung eingesetzten Häckchens dicht unter dem kurzen Fortsatz des Hammers fasste und das Trommelfell leicht nach aussen zog. Ich bemerkte ausdrücklich, dass vorher längere Zeit hindurch ausgeführte Katheterismus mit Lufteinblasung nicht die geringste Wirkung erzielte, wie ich glaube, aus dem Grunde, weil das Trommelfell zu unnachgiebig geworden war. Auch die Anwendung der Lucae'schen federnden Drucksonde, sowie einer metallenen Drucksonde (ohne Gummiplatte), war erfolglos geblieben. In Folge des bekannten schnellen Wiederverschlusses der Oeffnung im Trommelfell stellten sich die Beschwerden, welche sofort nach der Durchschneidung sehr merklich abgenommen hatten, bald wieder ein, aber in allen Fällen in erheblich geringerem Grade. Die vorher stark entotischen Geräusche kehrten schwächer wieder. Im Gegensatz hierzu stellte sich jedoch allmählig und zwar ziemlich rasch die Kopfknochenleitung wieder vollständig her, sodass die früher angegebene Lateralisation nach der gesunden Seite verschwand, und der Ton höher, wie tiefer Stimmgabeln beiderseits deutlich durch die Knochenleitung gehört wurde, ein Beweis dafür, dass die Functionsfähigkeit der Nerven sich wieder hergestellt hatte, nachdem der auf ihm lastende Ueberdruck beseitigt war. Die schnelle Verheilung der Schnittwunde im Trommelfell machte in allen Fällen eine öfters wiederholte Discision notwendig; bei einem Kranken kam ich jedoch mit einer den ganzen hinteren unteren Quadranten einnehmenden dreieckigen Excision aus, wohl desswegen, weil sich hier eine relativ breite Narbe bildete, die stets leichter schwingungsfähig bleibt, als das starre Trommelfell, das sich sofort wieder bildet, wenn nur eine Discision gemacht worden ist. Die Discision machte ich stets etwa 1—2 mm hinter und parallel dem Hammergriff dicht unterhalb des proc. brevis beginnend und bis in den hinteren unteren Quadranten hinein. Damit ich nicht zwei Instrumente brauchte, liess ich mir an der Basis der Lanze des Paracentesen-Messers ein kleines Häckchen anbringen, um mit demselben Instrumente, sofort nach der Durchschneidung auch die passiven Bewegungen machen zu können. Nach 24 Stunden war die Oeffnung auch für ein Häckchen (ohne Messer) durchgängig, 2 Tage nach der Discision aber bereits verheilt. Die Durchschneidung war in allen Fällen erst schmerzhaft, denn die vorherige Einträufelung einiger Tropfen einer 20% Cocain-Lösung hatte auch nicht den geringsten Erfolg gegen die Empfindlichkeit, sodass die eine Patientin — eine sehr energische intelligente Dame — sich die Operation, nachdem die erste unter Cocain-Anwendung gemacht worden war, dann ohne dieses Mittel erbat, wobei sich herausstellte, dass das Cocain auch nicht im mindesten die Empfindlichkeit herabgesetzt hatte.

Die Tractionen am durchschnittenen Trommelfell aber waren fast garnicht schmerzhaft, obgleich ich dieselbe verhältnissmässig sehr energisch machte und ich war erstaunt über den grossen Widerstand, den dabei das Trommelfell darbot. Der Erfolg war stets der gleiche. Wenige Stunden nach der Operation liessen die entotischen Geräusche nach und das Gefühl der Schwere des Kopfes, besonders auf der kranken Seite, verschwand allmählig.

Nach der 3. oder 4. Discision und Bewegung fand sich nachdem die Knochenleitung wiedergekehrt war, auch die Luftleitung wieder und es waren mir die Angaben der bereits erwähnten Dame sehr interessant, dass

Digitized by Google

sie meine, ihr Gehörnerv lerne erst allmählig hören. Je öfter sie dieselbe Stimmgabel (hohe oder tiefe) auf das Scheitelbein aufsetzte, um so besser wurde das Gehör, sowohl bezüglich der Stärke der Tonempfindung als auch der Dauer; ebenso hörte sie das Ticken der Uhr in contact. auriculae immer deutlicher, je länger die Uhr vorgehalten wurde. Diese Thatsache benützte ich um den — gewissermassen wieder zum Leben erweckten Nerven allmählig mehr und mehr zum Hören zu erziehen, indem ich öfters am Tage die Stimmgabel auf den Kopf aufsetzen liess, — mit der Uhr machte die Patientin schon allein Versuche und war glücklich, als sie seit Jahren wieder zum ersten Male ihre eigene Uhr ticken hörte. Die Einwirkung starker und lauter Geräusche wurde jedoch ängstlich vermieden, da ich fürchtete, dass der Nerv darauf leicht mit Lähmung reagiren könnte.

Epicritische Bemerkungen:

Die Folgen, welche sich aus dem genannten operativen Eingriff ergeben, lassen sich dahin zusammen fassen, dass in denjenigen Fällen, in denen als Grund der Schwerhörigkeit der schallleitende Apparat sicher anzusehen ist und die weitere Untersuchung ergiebt, dass das Trommelfell verdickt, diffus getrübt, nicht transperent, milchig gefärbt ist, eine Excision resp. Discision der Membrana tympani und passive Bewegungen der Gehörknöchelchenkette zum mindesten erlaubt sind. Liegt dabei jedoch ein Grund zu der Annahme vor, dass zwischen der Steigbügelplatte und dem ovalen Fenster bereits eine knöcherne Ankylose eingetreten ist, so ist die Operation nicht mehr angezeigt, da dann eine Lockerung des Steigbügels durch die eben genannten Tractionen nicht mehr zu erwarten ist. Um sich über den letzten Punkt — der knöchernen Ankylose der Steigbügelplatte — möglichst Gewissheit zu verschaffen, ist die von Bing angegebene entotische Anwendung des Hörrohr's durch den in die Tuba Eustachii eingeführten Catheter von massgebender Bedeutung. Hört der Patient die auf diese Weise mässig laut ihm gesprochenen Worte doch, so lässt sich sicher annehmen, dass keine knöcherne Ankylose besteht, denn dann müssen „die in die Paukenhöhle gelangten Schallwellen unmittelbar von der Steigbügelplatte auf den Labyrinthinhalt übertragen werden." Die Steigbügelplatte muss also noch, wenn auch in geringerem Grade, als normal, beweglich sein, eine knöcherne Ankylose darf also ausgeschlossen werden. In einem derartigen Krankheitsfall würde event. die Entfernung des Steigbügels in Frage kommen, jedoch wohl nur theoretisch, den practisch wäre bei knöcherner Verwachsung der Steigbügelplatte mit dem ovalen Fenster die Entfernung der Stapes wohl nicht ausführbar. — Dass aber ein, in Folge des auf ihm lastenden Ueberdruckes bereits ganz oder doch sicher zum grössten Teile functionsunfähig gewordener Acusticus doch wieder, wenn ich so sagen darf — in's Leben zurückgerufen werden kann, beweist, dass sich, wie ich oben erwähnte, die Knochenleitung wieder hergestellt hat, nachdem sie schon ganz erloschen war. Ich füge schliesslich noch hinzu, dass ich bereits vor mehreren Jahren 2 Kranke, bei denen derselbe Symptomencomplex zu constatiren war, mit Durchschneidung der Sehne des Tensor tympani ohne jeden Erfolg behandelt habe. Ich glaube dass der Erfolg hier desswegen ein negativer war, weil das Trommelfell bereits so verdickt und unnachgiebig geworden war, dass der Muskel so gut wie garkeine Wirkung auf dasselbe ausüben konnte und also auch seine Aus-

Digitized by Google

spaltung keinen Erfolg für die freiere Beweglichkeit des Trommelfelles haben konnte.

Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen.

Von

Dr. **Cholewa.** Ohrenarzt zu Berlin.

(Hierzu eine Tafel mit drei Abbildungen.)

Zur Entstehungsgeschichte dieser meiner heutigen Arbeit muss ich den geneigten Leser auf einen kleinen Aufsatz verweisen, der, in den therapeutischen Monatsheften März 1891 von mir veröffentlicht, die Behandlung von Empyemen der Stirnhöhlen vermittelst Einbringung von Pyoktanin zum Object hatte. Ich schilderte daselbst mein Verfahren und setzte naturgemäss dabei voraus, dass die Sondirung dieser Höhle in den betreffenden Fällen möglich und dadurch die Einbringung von Pyoktanin gesichert wäre. Denn wäre eine Sondirung in den betreffenden Fällen nicht möglich gewesen, so würde auch eine Ausspülung der Stirnhöhle und die nachträgliche Einbringung von Pyoktanin auf den Krankheitsverlauf ohne Einfluss gewesen sein. Meine Mitteilung war also eigentlich nur therapeutischer Natur, erschien deshalb auch in den therapeutischen Monatsheften und hatte durchaus nicht den Zwek die Sondirbarkeit als absolut möglich für alle Fälle hinzustellen. Ich war deshalb nicht wenig erstaunt, als in der Septembernummer der therapeutischen Monatshefte ein Artikel von einem Herrn Katzenstein erschien, der unter der Maske der Wissenschaftlichkeit mein Verfahren nach allen Richtungen zu discreditiren versuchte. Obwohl diese Art von Angriffen in der medicinischen Presse neuerdings ziemlich ordinär und in ihrer Tendenz des „semper aliquid haeret" zu flach sind, um eine ernstliche Beachtung zu erheischen, so schien es mir doch von einigem Interesse, die Ideen bewährter Collegen über das Für und Wider der Sondirbarkeit der Stirnhöhlen einzuholen. Meine eigenen Erfahrungen, die ich sowohl in meiner langjährigen Stellung als Assistent an einem grösseren poliklinischen Institute wie in meiner eigenen Poliklinik in reichem Maasse zu machen Gelegenheit hatte, sprechen für die durchschnittliche Möglichkeit der Sondirung. Arbeiten wie die von Juracz, Moldenhauer, Schech, Hansberg, Bresgen bestärkten mich in dieser Auffassung, obgleich ich bemerken muss, dass nur von einem dieser Herren, Hansberg,*) nämlich näher auf die Technik der Sondirung der Stirnhöhlen eingegangen ist. Andere wieder, die ich persönlich zu interviewen Gelegenheit nahm, sprachen sich gegen die Sondirbarkeit aus, ohne indess im Stande zu sein, genügende Gründe für ihre Ueberzeugung beizubringen. Es war mir in Folge dessen von hohem Interesse eine Ansicht Zuckerkandl's kennen zu lernen, die er in seinem kurzen Resumé der Nasenanatomie (XIV. Bd. der Realencyclopaedie d. m. W. pg 49) so à propos mit unterlaufen lässt und die folgendermassen lautet: „So leicht nun ein eventuelles Exsudat aus der (Stirn-) Höhle abfliessen kann, so ungünstig stellt sich die Sondirung derselben und die Fälle, wo es wirklich gelungen sein soll die Stirnhöhle (doch wohl bloss beim Lebenden, d. Verf.) zu sondiren, sind nicht über jede Kritik erhaben."

Je höher der Autor und besonders sein Werk „über normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle" in der Achtung aller sich mit

*) „Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase, von Dr. med. Hansberg. Januar- und Februar-Nummer der Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. 1890."

Digitized by Google

dieser Materie beschäftigenden Collegen steht, um so schwerer werden seine Worte und sein Verdikt in die Wagschale fallen müssen. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass man als guter Anatom kein Chirurg zu sein braucht, dass aber umgekehrt ein tüchtiger Chirurg immer ein guter Anatom sein muss. Jedenfalls begründet Zuckerkandl daselbst seine Ansicht nicht, ja er versucht es nicht einmal, obwohl es unzweifelhaft ist, dass er durch sein reiches Material am ehesten hierzu berufen war. Wir werden noch öfter im Verlauf dieser Arbeit zu erkennen Gelegenheit haben, dass, wenn auch dem scharfen Auge des Anatomen nichts Wesentliches bei der Durchforschung der Nasenanatomie entgangen ist, ihm doch unbedingt und naturgemäss die praktische, sage specialistische Spürkraft gefehlt hat, mit deren Hülfe wir erst im Stande sind, die gefundenen anatomischen Thatsachen für die Praxis nutzbar zu machen. Um diese Widersprüche wenigstens für mich in definitivem Sinne zu lösen, unternahm ich diesen Winter auf der hiesigen Anatomie eine Reihe von Schädeldurchschnitten, deren Ergebnisse in vieler Beziehung von hohem Interesse sind. Besonders in Bezug auf die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen unternommen, haben sie zu Resultaten geführt, die ich mir erlaube, den Herren Collegen hier vorzulegen, nur bitte ich im Voraus um Entschuldigung, wenn ich in bekannten anatomischen Details etwas weitschweifig erscheine. Die Aufgabe, die ich mir bei Beginn meiner Arbeit stellte, war die Beantwortung der Frage „1. In welchen Fällen ist die Stirnhöhle beim Menschen sondirbar und 2. in welchen nicht.“ Die Antwort ad 1. war kurz: „In normalen anatomischen Fällen ist die Stirnhöhle auch beim lebenden Menschen mit geeigneten Sonden sondirbar.“ Und warum sollte es nicht so sein? Sehen wir uns doch einmal die Situation an einem macerirten Schädel oder besser noch einem einzelnen os ethmoïdeum an. Dasselbe in der Lage gehalten wie es sich im Schädel bei grader, etwas nach hinten geneigter Kopfhaltung findet, zeigt vorn am Ansatz der mittleren Muschel eine Oese, deren innere Lamelle durch die mittlere Muschel, die äussere durch den proc. uncinatus und deren Mitte von einem Theil einer Zelle der os ethmoïdeum gebildet ist, die gewissermassen als Ansatzpunkt für jene beiden Lamellen betrachtet werden muss. Doch nicht hierdurch allein ist jene Zelle von Wichtigkeit, sie hilft auch mit ihrer hinteren Wand den vorderen und höchsten Theil des Infundibulum bilden und grenzt seitlich unmittelbar an die Stirnhöhle an. Nach hinten und gradeüber von dieser Zelle finden wir die bulla ossea sowie die meist über ihr gelegene ethmoïdal-Zelle, deren Wandungen hier fast senkrecht verlaufen und als hintere Begrenzung eines Canals zu betrachten sind, der nach vorn von jener vorderen Zelle, nach Aussen vom Thränenbein begrenzt und nach Innen am macerirten os ethmoïdeum offen ist. Dieser halboffene Canal ist nichts weiter als das Ende der hiatus semilunaris und zeigt an seinem höchsten Punkte eine lochartige Oeffnung, die in den Boden einer halben Zelle eingefügt ist. Jene halbe Zelle bildet mit dem sinus frontalis des übergestützten Stirnbeins die Stirnhöhle und ist das Loch an ihrem Boden nichts weiter wie das normale foram. frontale. Man wird also um in die Stirnhöhle zu kommen jenen halbknöchernen Canal aufsuchen müssen, dessen Wände, wie schon gesagt, verhältnissmässig grade und senkrecht verlaufen und der, wie seine Begrenzung nach Aussen durch das Thränenbein zeigt, nicht dicht an der mittleren Muschel (wie Hansberg meint) zu suchen,

Digitized by Google

sondern mehr nach Aussen gelegen ist. Sehen wir uns nun einen sagittalen Durchschnitt eines Schädels an, dessen Schleimhaut und Muscheln intact erhalten, dessen Stirnhöhle von Innen geöffnet ist, so hat sich die Situation insofern geändert, als die Bedingungen für die Sondirung eher leichter geworden sind. Das Polster, mit welchem die Schleimhaut im untern Theil des hiat. semilunaris die Lücken des os maxillare ziemlich schlaff überzieht, ist am oberen Theil fest und straff um den proc. uncinatus geschlagen. Die bauchige Schleimhaut duplicatur, welche am forum maxillare im Verein mit der bulla ossea eine Sondirung der Highmorshöhle in sehr vielen Fällen zur Unmöglichkeit macht, existirt hier nur als senkrecht abfallende etwas zurücktretende scharfe Leiste. Der hiatus semilunaris ist hier weiter geworden.

Wenn nun aber Zuckerkandl (pg 37) behauptet „von der Weite der Spalte (hiatus semilunaris) hängt es ab, ob man die ostia (frontale et maxillare) sieht," so ist das ein Irrthum in den auch Juracz (siehe Heft I, „Die Krankheit der oberen Luftwege von Dr. A. Juracz") verfallen ist. Juracz hält eine Sondirung der Stirnhöhle nur dann für möglich, wenn die Ausmündungsstelle des Stirnhöhlenganges(?) bei der Rhinoscopia sichtbar sei, wogegen Hausberg behauptet, dass in keinem seiner zahlreichen Präparate es möglich gewesen wäre, das für gewöhnlich von der mittleren Muschel verdeckte ostium der Stirnhöhle zu sehen." Hausberg hat meiner Ansicht nach vollkommen recht; aber nicht das vordere Ende der mittleren Muschel allein kann uns die Aussicht verderben, sondern vor allen Dingen die Lage des Infundibulum nach Aussen und Oben, vom Ansatz der proc. uncinatus ist es, die bei auch noch so flachem Infundibulum den Eingang in die Stirnhöhle verbirgt. — Das was beide Forscher, besonders aber Junacz getäuscht haben mag, ist eben jene oben weitläuftig beschriebene Oese am Ansatz der mittleren Muschel, welche uns allerdings den Weg zur Stirnhöhle zeigt, da wir von ihr aus leicht in das Infundibulum gelangen können; niemals aber werden wir durch dieselbe hindurch einen Anblick des forumen frontale oder gar einen Einblick in das cavum selbst erzielen. Durch die Lage jener Oese am vorderen Ansatz der mittleren Muschel wird sie selten, auch wenn eine Vergrösserung der Letzteren sich findet, ganz dem Auge des Sondirenden entzogen werden. Es wird also auch eine Verlängerung des vorderen Endes der mittleren Muschel, besonders wenn man die stark nach hinten geneigte Schädelstellung des zu Untersuchenden mit in Rechnung zieht, an und für sich kein Hinderniss der Sondirung abgeben. Nur dann wird ein solches eintreten, wenn mit der Verlängerung eine blasige (Knochen-) Auftreibung des vorderen Endes der mittleren Muschel einhergeht.

Ausser jenen blasigen Verdickungen, auf die besonders Zuckerkandl aufmerksam gemacht, bieten jene Fälle besondere Schwierigkeiten für die Sondirung, bei denen der vordere Ansatz der mittleren Muschel in relativ weiter Ausdehnung straff mit der Seitenwand der Nase verbunden anstatt jener Oese nur einen sehr engen, weit nach hinten gelegenen spaltförmigen Schlitz zeigt. Tritt hierzu noch eine S-förmige Verbiegung des Seplum, die mit ihrem oberen Theil vorspringend die mittlere Muschel an die Seitenwand der zu sondirenden Seite der Nase anpresst, so können allerdings Zusstände geschaffen werden, die eine Sondirung in diesen, nur anatomisch als abnorm zu bezeichnenden Fällen, verbieten. Ich habe schon in meiner

Digitized by Google

ersten Arbeit kurz darauf hingewiesen, dass ich Vergrösserungen des vorderen Endes der mittleren Muschel bei relativ senkrechtem Stande der lamina perpendicularis septi durchaus für kein Hinderniss der Sondirung halte. Mein Vorschlag daselbst, die mittlere Muschel nach dem septum zu drängen, sie gewissermassen zu luxiren, ist leicht ausführbar, besonders dann, wenn wir jene Oese d. h. den Ansatz der mittleren Muschel etwas nach oben incidiren. Ein Abdrehen oder Abreissen des vorderen Endes kann, wie schon gesagt, auf die Weise vermieden oder wenigstens auf nur einzelne Fälle beschränkt werden. Auf diese Weise werden wir einen grossen Theil jener oben erwähnten Schwierigkeiten überwinden lernen; sie liegen ja auch gewissermassen nur an der Schwelle unsres Sondirungsfeldes und haben mit dem eigentlichen Sondirungswege nichts zu thun. Haben wir sie aber einmal überwunden, so kann die nun folgende Sondirung nur als leicht bezeichnet werden.

Wenden wir uns zu Letzterer selbst, so wird es naturgemäss nötig sein, Sonden zu gebrauchen, die einigermassen der Form des zu passirenden Weges entprechen. Aus halbweichem Material verfertigt, biegt Hausberg die letzten 3 cm. seiner Sonde in einen Winkel von 125° von dem graden Theil ab. Ich schliesse mich dem an und bemerke nur, dass ich gemäss des Infundibulum nach Aussen vom Ansatz des proc. uncinatus eine zweite geringe Abbiegung am Ende der Sonde und zwar nach der Seite vornehme, die sondirt werden soll. Mit solcher Sonde gehen wir nur bei stark zurückgebogenem und etwas nach der zu sondirenden Seite geneigten Schädel des zu Untersuchenden in jene Oese am vorderen Ende der mittleren Muschel ein. Nun ist es von der höchsten Wichtigkeit, nicht sofort den Griff der Sonde bis auf den Boden der Nase zu senken, sondern erst durch eine kleine senkrechte Bewegung mit der ganzen Sonde in die Höhe den graden Theil des Canals zwischen bulla ossea und vorderer Wand zu passiren. Ist diess geschheen, so wird der Griff gesenkt, die Drehung der Sonde nach aussen im Verein mit jener 2. Abbiegung an ihrer Spitze, lässt dann ein Hineingleiten in das Infundibulum und durch das in seinem Dache liegende foramen frontale in die Stirnhöhle als ein äusserst einfaches und zierliches Manöver erscheinen. Würde man den Griff der Sonde sofort nach dem Eingehen in die Oese senken und sich nun, dem Rathe Hausbergs folgend, bei der Sondirung mehr in der Mittellinie halten, so würde man unfehlbar gegen jene vordere Siebbeinzelle stossen, die, wie oben gezeigt, als Ansatzpunkt für die mittlere Muschel und proc. uncinatus zu betrachten ist, oder man würde in einen recessus gerathen, der nach Zuckerkandl sich häufig zwischen dem Ansatz der mittleren Muschel und jener Zelle findet. In beiden Fällen würde eine Drehung der Sonde nach Aussen durch den Ansatz des proc. uncinatus verhindert und eine Sondirung durch das Infundibulum hierdurch unmöglich werden.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

(Schluss.)

14. Szenes (Budapest): **Ueber eine heilungsbefördernde Complication der Otitis media suppurativa acuta.**

Sz. hat in den letzten $2^1/_2$ Jahren 21 solche Fälle von acuter Paukenhöhleneiterung beobachtet, deren jeder einzelne Fall, nach kürzerer oder längerer Behandlungsdauer, zur vollkommenen Heilung führte, nur auffallender Weise gesellte sich in jedem dieser 21 Fälle der acuten Paukenhöhleneiterung eine Otitis externa diffusa, und erst mit der Heilung letzterer, nach einem kaum 3—4 tägigen Bestande, waren auch die Symptome der primären Paukenhöhlenerkrankung vollkommen geschwunden. Die Erkrankung der Paukenhöhle war in 6 Fällen nach Erkältung oder Luftzug, 5 Mal in Folge von Influenza, in 2 Fällen in Begleitung eines heftigen Schnupfens, 2 Mal in Folge von Scarlatina, 1 Mal in Folge von Morbilli, 1 Mal nach einer Tonsillitis follicularis und in einem Falle von Morbus maculosus Werlhofii aufgetreten; ferner war die Erkrankung einmal traumatischen Ursprungs (Herumstochern im Ohre und dabei Verletzung des Trommelfelles), in einem Falle nach Erbrechen und endlich einmal war sie durch Anwendung der Nasendouche von Seiten des behandelnden Hausarztes verursacht worden. In 6 von diesen Fällen bestand die Erkrankung der Paukenhöhle beiderseits, 15 Mal hingegen nur einerseits.

Die Paukenhöhleneiterung wurde immer schulgemäss behandelt, doch die Otorrhoe sistirte erst dann, als 3—4 Tage früher eine diffuse Otitis externa auftrat, und als auf Behandlung letzterer die durch dieselbe neuerdings verursachten Schmerzen verschwunden und die durch die Anschwellung der Gehörgangswände verursachte Verengerung der Lichtung zurückgegangen war, sistirte auch die Otorrhoe, und der früher bestandene Trommelfelldefect war entweder schon vernarbt oder zum Mindesten im Vernarben begriffen. Von den 6 Fällen, wo die Paukenhöhle beiderseits erkrankt war, hatte sich 3 Mal eine unilaterale und 3 Mal eine bilaterale Otitis externa hinzugesellt, und sonderbarer Weise hat in den ersteren Fällen die Paukenhöhleneiterung auf jener Seite früher aufgehört, wo die externa hinzutrat, als auf der Seite, welche von der externa verschont blieb. In 3 Fällen hörte die Paukenhöhleneiterung nach Heilung der hinzugetretenen Otitis externa ebensowenig auf, wie man dies in der Praxis häufig genug beobachten kann, doch war in denselben Fällen dem Sistiren der Paukenhöhleneiterung ein zweites Auftreten einer externa vorausgegangen, und erst nach der Heilung dieser letzteren hat die Paukenhöhleneiterung aufgehört.

Nie konnte es nachgewiesen werden, auf welcher Weise die Otitis externa entstanden war. Therapeutisch wurden angewendet: bei starker Anschwellung der Gehörgangswände Blutegel, ausserdem Instil-

Digitized by Google

lationen mit essigsauerer Thonerde (4fach mit Wasser verdünnt). Sublimat (1:1000), oder Aluminium acetico-tartaricum (1:5), und warme trockene Tücher aufs Ohr. Vom differentialdiagnostischen Standpunkte hebt Sz. hervor, eine durch Otitis externa diffusa verursachte Anschwellung der Gehörgangswände nicht mit einer solchen Anschwellung dieser Gebilde zu verwechseln, welche durch eine Mitaffection des Warzenfortsatzes bedingt ist. Es muss allerdings noch dahin gestellt bleiben, ob nicht die mit der externa einhergegangenen und neuerdings aufgetretenen Symptome (Fieber, Schmerzen) die betreffenden Patienten ermahnten das Uebel ernster zu nehmen, sich besser pflegten und auch den Vorschriften pünktlicher nachkamen und somit die vielleicht auch sonst schon zu heilen im Begriffe gewesene Media auf dieser Art rascher heilte, oder aber der hinzugetretenen Externa in Wirklichkeit etwas Heilungsbeförderndes zugeschrieben werden muss.

Discussion:

Dennert (Berlin) meint, dass bei acuten oder chronischen Entzündungen der Paukenhöhle die hinzugetretene Entzündung des äusseren Gehörganges eine ableitende Wirkung auf den Process in der Paukenhöhle ausübt.

Szenes betont die erwähnten Entzündungen des äusseren Gehörganges nicht mit jenen zu verwechseln, welche man ziemlich häufig in Begleitung von chronischer Otorrhoe auftreten sieht, wo jedoch nach Ablauf der Otitis externa die Paukenhöhleneiterung auch weiter besteht. Hier handelt es sich um solche externe Otitiden, welche sich zu acuten Paukenhöhleneiterungen hinzugesellten, und selbst nach Monaten konnte sich Sz. davon überzeugen, dass mit der externa die Otitis media dauernd geheilt war.

15. Schubert (Nürnberg): Ueber Pilocarpinbehandlung.

Nach eingehender Würdigung der Resultate von Politzer, Moos, Lucae, Kretschmann, Wolf, Barr, Ludewig, Nothnagel, Corradi, Schmiegelow, Böke und Kosegarten, empfiehlt Sch. das Pilocarpin für jenes Stadium der acuten Mittelohreiterungen, bei welchem die Secretion aufgehört hat, die Perforation zugewachsen ist, und dennoch trotz der üblichen Nachbehandlung das Gehör längere Zeit hindurch mit der üblichen Behandlung nicht gebessert werden kann, wenngleich in Nase und Rachen keine fortwirkenden Ursachen gefunden werden können. Es gelang Sch. in diesen Fällen mit Pilocarpin ein Hörvermögen, welches sich eine oder mehrere Wochen gleich blieb und war, wie nach dem Catheterismus die gleiche Hörweite aufwies, nach wenigen Injectionen zu verdoppeln und später zu vervielfachen.

In seinen Reflexionen stellt Sch. folgende Grundsätze auf: 1) Das Pilocarpin ist contraindicirt bei alten schwächlichen, sowie bei herzkranken Individuen. 2) Es soll nicht bei vollem Magen angewendet werden. 3) Die Dosirung soll nicht zu schüchtern sein: Sch. beginnt bei gesunden Erwachsenen nicht unter 1 cgr und steigt bis zur Grenze der individuellen Verträglichkeit, welche meist bei 15—20 mgr liegt. 4) Wegen Schonung des Magens, ferner wegen schnellerer und intensiverer Wirkung, als auch wegen der besseren Ueberwachung durch den Arzt, zieht Sch. vor das Mittel subcutan anzuwenden; muss es per os verwendet werden, dann möge man ebenfalls nur 1 Mal täglich die

Digitized by Google

volle Dosis verabreichen, und Patient lege sich ebenso ins Bett, wie bei subcutaner Anwendung. Endlich meint Sch. dass das Pilocarpin durch Anwendung bei Sclerosen, wo es nicht nützen kann und nur schwächt, discreditirt wird.

Discussion:

Eulenstein (Frankfurt a. M.) erwähnt, in einem Falle von Labyrinthtaubheit in Folge von Scharlach, schon nach 6 Pilocarpin-Injectionen (je 5 Tropfen einer 2% Lösung) ein solches Resultat erzielt zu haben, dass die Conversationssprache wieder verstanden wurde; die vollkommene Heilung erfolgte dann ohne weiter fortgesetzte Pilocarpinhandlung.

Trautmann (Berlin) empfiehlt bei acuten luetischen Erkrankungen des Acusticus gleichzeitig auch die Schmiercur anzuwenden.

Barth (Marburg) erinnert daran, dass die Patienten gerne eine subjective Besserung angeben, um hierdurch die Behandlung abzukürzen; man soll daher gegen solche Aeusserungen etwas skeptisch sein. Andererseits erwähnt B. einen Fall von totaler Taubheit nach Diphtheritis welche ohne irgendwelches Hinzuthun spontan heilte.

O. Wolf (Frankfurt a. M.) glaubt dass das Pilocarpin eine profuse Absonderung aus der Paukenhöhle verursacht; mit dieser bessert sich auch die Circulation und Resorption im Labyrinthe.

Kretschmann (Magdeburg) erachtet die Pilocarpinbehandlung für resorptionsbefördernd auch auf chronische Exsudate. Das pharmacologische Praeparat ist ziemlich inconstant, das Verhalten der Patienten gegen dasselbe äusserst wechselnd. Ebenso günstig wie Pilocarpin fand K. auch Folia Jaborandi, welche zu 3 g pro dosi genommen werden können.

Lucae (Berlin) bemerkt, dass in manchem Falle blos eine stark vermehrte Speichelabsonderung eintrete und auch diese vermag eine bleibende Hörverbesserung zr verursachen. Die Anfangs der Cur auftretende Verschlimmerung der subjectiven Gehörempfindungen hat sich L wiederholt als ein günstiges Zeichen für eine später eintretende Gehörverbesserung erwiesen.

Schubert schreibt die ungleichmässige Wirkung der Pilocarpinpräparate den Beimengungen von Jaborin zu, welches der Pilocarpinwirkung entgegensteht. Bezüglich der Indication für Pilocarpin theilt Sch. die Ansicht Kretschmann's, indem er es dort anwendet, wo Exsudat vorhanden ist.

16. Asher (Heidelberg): **Ueber Labyrinthflüssigkeit.**

A.'s Beobachtungen sprechen gegen die in einigen Werken vertretene Auffassung einer gallertigen Beschaffenheit der Peri- und Endolymphe.

Discussion:

Lucae (Berlin) erwähnt, dass ältere Anatomen bei den Fischen die Endolymphe als dickflüssige, leimähnliche Flüssigkeit beschrieben.

Kuhn (Strassburg) bemerkt, dass bei den Fischen Consistenz und Durchsichtigkeit der Perilymphe eine andere Beschaffenheit zeigt als die Endolymphe dieser Thiere und die Perilymphe der höheren Wirbelthiere. Bei letzteren sind Endo- und Perilymphe gleich flüssig und durchsichtig.

Digitized by Google

17. Koerner (Frankfurt a. M.): **Uebergang von Erkrankungen aus der Paukenhöhle durch den Canalis caroticus auf das Schädelinnere.**

Bei Erkrankung des Knochens zwischen Paukenhöhle und Carotiswand, können folgende Zustände auftreten: Stauung in den durch den carotischen Canal den Schädel verlassenden Lymphgefässen; Folge: Stauungspapille (Barker). 2) Erkrankung des im carotischen Canal befindlichen Venenplexus und des Sinus cavernosus (Styx). 3) Erkrankung der Carotiswand: Tuberculose (Habermann), Verbreitung miliarer Tuberculose von der allein tuberculös kranken Paukenhöhle längs der Carotis und ihrer Fortsetzung der Arteria fossae Sylvii (Pitt.) 4) Ruptur der Carotis (Marcé, Hessler.) 5) Thrombose der Carotis mit Hirnembolien und embolischen Erweichungsherden (Causit, Baigeau, Gairdner, Barr).

Discussion:

Walb (Bonn) macht aufmerksam darauf, dass die Carotis nicht nur höher über dem Sinus cavernosus durchzieht, sondern bereits da, wo sie nahe der Paukenhöhlenwand heraufzieht, in einem Venenraum liegt, so dass bei Durchbruch des Knochens hier, ohne Verletzung der Carotis, Infection der Blutwege stattfinden kann.

Vohsen (Frankfurt a. M.) zeigt im Anschluss das Präparat eines Felsenbeins eines Phthisikers, wo bei der Aufmeisselung nach Wegnahme der hinteren oberen Gehörgangswand, in der Tiefe die Carotis pulsirte. Der Carotiscanal zeigt sich am Präparate lateral freiliegend, so dass man vom Gehörgang aus seine hintere Wand sieht.

18. O. Wolf (Frankfurt a. M.): **Demonstration einer aus dem Felsenbein gemeisselten Revolverkugel und Vorstellung der betreffenden Patientin.**

Die Kugel hat durch das Einschlagen in die Knochenzellen ihre Form so verändert, dass sie fast wie ein Carrossionspräparat aussieht. Die Concha der Operirten ist in Folge der Operation nachfolgender Perichondritis atrophisch geworden.

19. Vohsen (Frankfurt a M.): **Indicationen zur Paracentese der Shrapnell'schen Membran.**

An der Hand 5 einschlägiger Beobachtungen bespricht V. zuförderst die Aetiologie der spontanen Perforation der Membrana flaccida, um dann auf die Symptomatologie und Verlauf der acuten Entzündung im oberen Raume der Paukenhöhle zu kommen. Die Indication zur Paracentese der Shrapnell'schen Membran war stets in der hochgradigen Schmerzhaftigkeit gegeben, und wurde dieselbe in der Richtung des Hammergriffes etwas vor dem Processus brevis gemacht. V. glaubt durch diesen Eingriff ein Mittel zu haben, mit welchem es gelingen könnte, bei isolirten acuten Entzündungen des oberen Paukenhöhlenschnittes, den zumeist langwierigen Eiterungen hierselbst vorzubeugen.

Discussion:

Kessel (Jena) glaubt, dass ein Rivini'sches Loch entsteht bei Durchbruch, in Folge einer Entzündung der Membrana flaccida resp. des dahintergelegenen Paukenhöhlenraumes, welch' letztere bei starker Schwellung und Wölbung das Bild eines Polypen vortäuschen kann. Die Infection geschieht wahrscheinlich in der Weise, dass der Luftstrom der Tuba gerade

Digitized by Google

auf die hintere Tasche gerichtet ist und mit demselben auch die Infectionsstoffe dahin gerathen.

20. Dennert (Berlin): **Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung.**

Eine gleichzeitige Berücksichtigung der Intensität und Quantität des Schalles empfiehlt D. für die Zwecke der Hörprüfung. Die Ergebnisse der Hörprüfung wären nur in dieser Weise diagnostisch zu verwerthen, da aus denselben differentialdiagnostische Anhaltspunkte zu ermitteln wären.

21. Schütz (Mannheim): **Ein Pharynxtonsillotom.***)

Das neue Instrument ist ein Tonsillotom für den Nasenrachenraum für die Operation der adenoiden Vegetationen. Dasselbe besteht aus 3 Schienen, zwei Führungsschienen und einer dazwischen liegenden Zugschiene; erstere sind in ihrem vorderen verbreiterten Theile der Rachenmündung entsprechend gebogen und mit einem fensterartigen Aussprung versehen. Die Operation wird per os ausgeführt, indem das vordere Ende des Instrumentes hinter dem Velum gegen die Rachenhinterwand bis an das Rachendach vorgeschoben und durch einen kräftigen Zug an beiden Zugringen wird das oben befindliche Messer sämmtliches, innerhalb des Rahmens befindliche adenoide Gewebe, mit Ausschluss jeglicher Nebenverletzungen, glatt abschneiden. Die abgeschnittene Tonsille wird entweder zwischen Messer und Rahmen eingeklemmt herausbefördert, oder sie fällt von dem Fenster auf den schräg nach abwärts verlaufenden Halstheil des Instrumentes in die Mundhöhle.

Sch. hat die Operation mit diesem Instrumente 12 Mal ausgeführt, in 2 Fällen war die Blutung auffallend gering, bei den Uebrigen blutete es ebenso wie bei dem Gottstein'schen Ringmesser. Letzterem gegenüber stellt Sch. als Vortheil seines Instrumentes, dass mit demselben eine Schnittwunde und keine Quetschwunde entsteht, und wendet er noch ein Compressorium an, welches vorne eine Metallplatte besitzt, ansonst aber dem Fenstertheile des Tonsillotoms entspricht. Die Schmerzhaftigkeit des Operationsverfahrens mit diesem Instrumente fand Sch. ebenfalls für geringer als bei der Gottstein'schen Operation.

22. Levy (Hagenau): **Demonstration eines neuen Hörmessers; kurze Mittheilung über das Ergebniss der mit demselben im Centralgefängniss zu Hagenau angestellten Untersuchungen.**

Bei dem Hörmesser dient als Schallquelle ein Wassertropfen von 1 degr Gewicht, der aus wechselnder Höhe auf eine lackirte Metallplatte auffällt. Die Fallhöhe ist an einer Millimeterscala abzulesen und verhalten sich die Intensitäten des Schalles wie die Fallhöhen, die Hörschärfe, jedoch umgekehrt wie dieselben. Letztere wird durch einen Bruch ausgedrückt, dessen Nenner 1, der Zähler hingegen die Fallhöhe ist, in welcher das Geräusch des fallenden Tropfens noch eben vernommen wird, was dadurch geschieht, dass sich das Ohr an den Ausschnitt einer gepolsterten Holztafel anlegt, welche der Schallquelle genähert oder von derselben entfernt werden kann.

*) Das Instrument ist zu haben bei Herrn Instrumentenmacher W. Walb in Heidelberg, Hauptstrasse 5.

Digitized by Google

An 200 weiblichen Gefangenen angestellte Untersuchungen ergaben eine Hörschärfe von $^1/_7$ für das Alter zwischen 15 und 19 Jahren, darüber bis zum 44. Jahre blieb die Hörschärfe $^1/_{10}$, um dann auf $^1/_{13}$ zu sinken. Isolirte Gefangene scheinen feiner zu hören.

Discussion:

Dennert (Berlin) hält den Apparat nur für Normalhörende für ausreichend, jedoch nicht für Ohrenkranke, denn mit einer Schallquelle kann man zeigen, dass Jemand gut hört, aber nicht ob er schwerhörig oder taub ist.

23. Barth (Marburg): **Demonstration eines Demonstrationsspiegels.**

Die Fläche desselben beträgt 28 □cm., ist halbkreisförmig und wird an die Linsenhülse der electrischen Stirnlampe mit einem Charniergelenk befestigt. Der Spiegel lässt sich leicht einstellen, giebt eine grosse Bildfläche, so dass 4 Personen bequem zu gleicher Zeit sehen und auch operative Eingriffe in tieferen Gängen leicht beobachten können.

24. Stacke (Erfurt): **Persönliche Bemerkung zu dem Vortrage Hartmann's.***)

Dieselbe ist ein Protest bezüglich der Priorität der von St. auf dem internationalen Congresss in Berlin 1890 angegebenen Methode der Eröffnung des Kuppelraumes nach Ablösung der Ohrmuschel, nachdem Hartmann gelegentlich der Sciopticum-Demonstrationen in St.'s Abwesenheit sich dahin äusserte, dass er dieselbe Operation schon lange vor St. gemacht hätte.

25. Walter (Frankfurt a. M.): **Seltener Verlauf einer Trommelfellverletzung.****)

Der Fall betrifft eine 30 Jahre alte Frau, bei welcher rechterseits hintere Wand des äusseren Gehörganges und oberer vorderer Quadrant des Trommelfells durch je einen Splitter eines Zahnstochers verletzt wurden. W. extrahirte die Splitter, ging antiseptisch und exspectative vor, wodurch die Verletzung der hinteren Gehörgangswand sehr bald heilte, die Oeffnung des Trommelfelles hingegen noch nach 7 Wochen, ohne jedwelche Entzündungserscheinung, nachzuweisen war, was W. einer ausnahmsweise sehr geringen Regenerationskraft zuschreiben möchte.

Im Anschlusse erwähnt W. im Methylenblau ein Mittel empfehlen zu können, wodurch es vielleicht gelingt das Offenbleiben einer künstlich herbeigeführten Perforation zu bewirken. Es wäre vielleicht möglich, eine durch Galvanokaustik herbeigeführte Perforation des Trommelfelles durch sofortiges Betupfen der Wundränder mit Methylenblau und Einlegen von Pyoktaninwatte ohne Entzündung und ohne Eiterung, offen zu halten.

Nach Erledigung der Tagesordnung wurde auf Antrag Lucae's beschlossen, Helmholtz die Ehrenmitgliedschaft der neugegründeten Gesellschaft anzubieten, ferner wird auf Trautmann's Antrag

*) Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 7. pag. 194. 1892.

**) Der Vortrag wurde wegen zu später Anmeldung nicht gehalten jedoch zur Aufnahme in das Protokoll und Sitzungsbericht bestimmt.

Digitized by Google

Zaufal in einer Depesche eine baldige Genesung gewünscht, schliesslich spricht Trautmann den beiden Vorsitzenden (Moos, Lucae), Moos dem Localcomité (O. Wolf, Körner) und den Schriftführern (Szenes, Vohsen) den Dank der Gesellschaft aus.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Spätnaht nach der künstlichen Eröffnung (Trepanation) des Warzenfortsatzes. Von Prof. Dr. Josef Gruber (Internat. Klinische Rundschau 1891, 31—33).

Mit der vorliegenden Arbeit ist in der operativen Ohrenheilkunde ein bedeutender Schritt nach vorwärts gemacht worden. Bisher war es Usus, nach der Trepanation des Warzenfortsatzes die Operationswunde durch Einlegen von Jodoformgaze, etc. nach aussen offen zu halten und den Substanzverlust durch Granulationsbildung von innen her sich ersetzen zu lassen, wobei immerhin Wochen, ja Monate vergingen, besonders bei grösseren Höhlen, bis der Kranke geheilt war. Im Hinblicke darauf, dass Substanzverluste am Knochen sich schneller regeneriren, wenn sie von Weichgebilden gedeckt sind, ferner, dass es auch gelingen kann, granulirende Weichtheile durch zweckmässige Anlegung der Naht zur schnellen Verwachsung zu bringen, versuchte nun Gruber, in Fällen von Trepanation des Warzenfortsatzes die Spätnaht in Anwendung zu bringen; die Erfolge waren hierbei so befriedigend, dass der Autor dieses Vorgehen als zweckmässig erachtet 1) in jenen Fällen, wo die Ergebnisse der Operation dieser die Bedeutung eines Explorativeingriffes verschaffen, wo man sich aber wegen anderweitiger Vorkommnisse nicht entschliessen konnte, gleich nach der Operation die Vereinigung vorzunehmen, während diese Bedenken später gegenstandslos wurden. 2) dort, wo die localen und allgemeinen Erscheinungen darauf deuten, dass das Offenhalten der Wunde nicht weiter erforderlich ist und zwar auch dann, wenn die Operationshöhle noch sehr tief ist, selbst wenn dieselbe von noch nicht granulirender, aber sonst ganz gesunder Knochensubstanz begrenzt wird.

In der Tiefe der Wundhöhle allein sieht Gruber keine Contraindicationen für die Spätnaht, besonders nicht in jenen Fällen, wo keine Communication mit der Trommelhöhle geschaffen wurde; wohl aber muss von diesem Eingriffe abgesehen werden, wenn die Wundhöhle im Warzentheile mit einem eiternden Entzündungsherde communicirt, insolange der letztere nicht der Heilung zugeführt ist.

Was den richtigen Zeitpunkt zur Anlegung der Spätnaht betrifft — wobei Gruber nur die Fälle im Auge hat, wo die Warzenhöhle nach der Eröffnung eiterte und nur sehr langsam durch Granulationsbildung heilte — so findet ihn Gruber in Fällen, wo keine Communikation zwischen Wund- und Paukenhöhle bestand, oder bereits aufgehört hat, dann, wenn die Eiterung in der Wundhöhle am Warzentheile nicht profus und die Granulationen nicht sehr fungöser Natur sind.

Auch macht Gruber die Späthnaht trotz Communikation der Wund- und Trommelhöhle dann, wenn in dieser selbst durch längere Zeit die Eiterung total aufgehört hat und das Befinden des Kranken keine Contraindication gegen das Verfahren bietet. Gruber legt möglichst viele

Digitized by Google

Hafte an und führt sie durch alle, den Knochen deckende Weichtheile, um den innigen Contact der Wundränder in der ganzen Länge der Wunde zu erzielen. Nur in zweifelhaften Fällen lässt G. den unteren Wundwinkel offen behufs Einführung eines Jodoformdochtes, der immer seichter eingeführt, resp. dünner genommen, und schliesslich ganz weggelassen werden kann. Gomperz.

Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. (Aus der medic. Klinik des H. Prof. Nothnagel in Wien. Von Dr. med. Lothar v. Frankl-Hochwart. Neurologisches Centralblatt. 1891. No. 10.)

Unter 20 Fällen von Facialislähmung, deren Ursache sicher weder Erkrankung des Ohres, noch Compression oder Trauma war, fand V. 5mal die sensiblen, 2mal die vasomotorischen, 3mal beide Arten von Nerven betheiligt, einige Male waren auch Geschmacksstörungen vorhanden.

Die stets geringgradige sensible Störung äusserte sich in verminderter Empfindlichkeit für Berührung mit Fäden, für Stiche und Temperaturunterschiede, u. zw. stets auf einer ganzen Gesichtshälfte, mitunter auch auf der Backen- und Zungenschleimhaut.

Die vasomotorischen Störungen manifestirten sich in Gedunsenheit der Gesichtshälfte, besonders am Augenlide, Verfärbung und porcellanartigen Glanz, Erweiterung der Gefässe und fühlbare Temperaturerhöhung. — Die Entstehung dieser Erscheinungen wurde von einigen Kranken als gleichzeitig mit der motorischen Lähmung angegeben, ihre Dauer war immer, in einigen Fällen sogar bedeutend, kürzer als die Muskellähmung. Nur in einem Falle von mehrjähriger totaler Facialislähmung blieb die Sensibilität dauernd herabgesetzt.

Der Gedanke, dass dieselbe Noxe neben dem Facialis auch den Trigeminus trifft, erscheint V. weniger plausibel als die Annahme sensibler und vasomotirischer Fasern im Facialis was für viele Thiere längst festgestellt ist. Dr. Hitschmann.

Ueber den Verlauf von eitrigen Mittelohrenentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. Von Dr. Schwabach in Berlin. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1891. No. 20.)

Zur Beobachtung gelangten 5 Patienten mit beginnender, 6 Patienten mit vorgeschrittener Lungentuberculose im Alter von 24—49 Jahren und ein 6jähriges Kind mit multipler Knochentuberculose. Von diesen 12 Fällen litten bereits 8 bei Beginn der Behandlung an Mittelohreiterungen, 2 an hochgradiger Schwerhörigkeit bei trockener Trommelfellperforation, einige an Caries des Schläfenbeines, in 2 Fällen trat erst im Laufe der Behandlung die Ohrenaffention ein. Tuberkelbacillen waren 3mal in dem eitrigen Secret des Ohres nachgewiesen worden. Die Injectionen mit Tuberculin wurden in der üblichen Weise mit 1 mg beginnend, (bei dem Kind immer nur zu $^1/_2$ mg) gemacht, ihre geringste Zahl war 4 (mit im ganzen 2 mg) ihre höchste 28 (mit im ganzen 91 cg). Die locale Therapie wurde inzwischen auf reinigende Ausspritzungen beschränkt.

Die Allgemeinreaction blieb nur bei einem Falle mit rechtsseitiger Spitzenaffection und Tuberkelbacillen im Sputum aus. Die locale Reaction trat in diesem Falle nach der 1. und 5. Injection ein.

Digitized by Google

Die locale Reaction trat in allen Fällen auf, in der Form mässiger Schmerzen, geringer Secretionszunahme und leichten Ohrensausens, nur bei dem Kinde war nach jeder Injection von 0·5 mg die allgemeine und locale Reaction eine vehemente: Fieber von 41°, intensive Schwellung, Röthung und Empfindlichkeit der Regio mastoidea, gesteigerte Secretion und einmal 2tägige Somnolenz.

Der Verlauf der Behandlung war folgender:

6 Fälle blieben ganz unbeeinflusst, 1 Fall wurde geheilt: das vorher bacillenhaltige Secret blieb ganz aus, die Trommelfellperforation heilte, die Hörfähigkeit besserte sich bedeutend. — Drei Fälle verschlechterten sich: die Secretion nahm zu, es trat später Facialislähmung auf, einmal vergrösserte sich die Perforation bis auf einen schmalen restirenden Rand des Trommelfelles, ein andermal kam es zu Stauungspapille und heftigen Schmerzen in der Regio mastoidea und im Verlaufe der Vena jugularis. In allen diesen 3 Fällen war das Allgemeinbefinden schon sehr schlecht, das Felsenbein in grösserer Ausdehnung cariös.

Ausserdem wurden an 4 nicht tuberculösen Ohrenkranken Controllinjectionen vorgenommen. Bei diesen trat zweimal allgemeine, niemals locale Reaction ein.

Ob der günstige oder ungünstige Ausgang auf die Tuberculinbehandlung zurückzuführen sei, lässt V. unentschieden.

Dr. Hitschmann.

Zur operativen Behandlung der Fremdkörper in der Paukenhöhle. Wichtigkeit der ophthalmoscopischen Untersuchung. Von E. Zaufal, Prof. an der deutschen Universität in Prag. (Prager med. Wochenschrift. 1891. No. 15).

Für die operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen, man muss individualisiren.

Wenn der Patient unter beständiger ärztlicher Aufsicht verbleibt, tägliche Temperaturmessungen und öftere ophthalmoscopische Untersuchungen gemacht werden können, so darf zugewartet werden, bis günstigere Bedingungen zur Entfernung des Fremdkörpers durch den äusseren Gehörgang eintreten.

Temperatursteigerung und venöse Hyperämie des Augenhintergrundes mahnen zur Vorsicht. Auf die ophthalmoscopische Beobachtung legt Z. besonderes Gewicht. Das Auftreten von Stauungspapille oder Neuroretinitis, ohne andere erklärende Ursachen, mit gleichzeitiger Temperatursteigerung erfordert die sofortige Operation, ebenso wie andere lebensgefährliche Symptome, hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit in Folge von Zerstörung der Stapesplatte, oder derartige Beschaffenheit des Fremdkörpers, dass derselbe unter den gegebenen Umständen nicht mehr den Isthmus meat. auditor. passiren kann.

Schon 2 Tage nach der Entfernung des Fremdkörpers war in einem mitgetheilten Falle der ophthalmoscopische Befund wieder ein normaler.

Die operativen Methoden Zaufal's sind:

1) Ablösung der Ohrmuschel, besonders indicirt bei Kindern, deren obere Wand des knöchernen Gehörgangs noch kürzer ist.

2) Ablösung der Ohrmuschel mit Exstirpation der membranösen Auskleidung der hinteren Gehörgangswand: Zuerst Bildung eines dreieckigen

Digitized by Google

Lappen durch einen das Periost durchtrennenden Schnitt von der Spitze zur Mitte der Wurzel des Processus mastoideus, in welchem der zweite, 1 cm ober dem Ansatze der Ohrmuschel in der aufwärts verlängerten Traguslinie beginnende Schnitt einmündet. Nach Loslösung des Lappens und der hinteren membranösen Auskleidung der Gehörgangswand mit dem Raspatorium und Blutstillung wird knapp am Rande des knöchernen Gehörganges mit dem Spitzbistouri die hintere eventuell auch die vordere halbe Peripherie der Cutis durchschnitten, der Lappen noch mehr zurückgelegt, die Cutis der oberen und unteren Wand des knöchernen Gehörganges durch je einen vom Trommelfellrand nach aussen geführten Schnitt durchtrennt und der so umschnittene hintere Cutislappen mit Pincette und Scheere herausgeschnitten. Der nun besser sichtbare Fremdkörper kann dann leicht herausgenommen werden. Eine stenotische Verengerung ist nicht zu befürchten, wenn die Cutis der vorderen Gehörgangswand intact bleibt.

3) Abmeisselung der hinteren Gehörgangswand eventuell mit Eröffnung des Antrum mastoideum*) und Entfernung der Pars epitympanica der oberen Wand des knöchernen Gehörganges.

Es wird ein Keil mit der Basis nach aussen, mit der Schneide nach der hinteren Peripherie des Trommelfelles gelegen, aus der hinteren Gehörgangswand gemeisselt. Ist der Fremdkörper schon im Antrum mastoideum so muss auch die Pars epitympanica der oberen knöchernen Gehörgangswand und der Ambos entfernt und das Antrum genügend breit eröffnet werden, um durch vorausgegangene Extractionsversuche gelockerte Gehörknöchel und abgesprengte Knochensplitter entfernen und die Höhle desinficiren zu können. — Eine beigefügte Krankengeschichte illustrirt den Vorgang bei der Operation und den Heilungsverlauf.

Dr. Hitschmann.

Congenitaler Verschluss der rechten Choane; Operation durch Galvanokaustik; Tod sechs Tage nach der Operation. Von Victor Lange, (Kopenhagen. (Deutsche medicinische Wochenschrift).

Es wurde bei einem 19jährigen gesunden Bauern, der an Verstopfung der rechten Nasenhälfte litt, Verschluss der rechten Choane durch eine in der Mitte gelblich gefärbte und eingezogene Wand konstatirt. Dieselbe war im oberen Theil knöchern, unten häutig. In Chloroform-Narkose wird der Verschluss mit dem Galvanokauter durchbrannt und mit einer gewöhnlichen Zange erweitert. Die Verstopfung war bald nach der Operation gehoben. Abends rechtsseitiger Kopfschmerz und allgemeines Unbehagen wie meistens nach Narkosen. Am 4. Tage Temperatur 40°, Kopfschmerzen; am 5. Tage Bewusstlosigkeit und Delirium; Albumen im Harn, keine Krämpfe; am 6. Tage Unruhe ohne Zeichen eines lokalisirten Hirnleidens, Exitus. Section nicht gestattet.

Lange nimmt Sinus thrombosis als sicher an infolge abnormer Gefässverbindung oder hervorgerufen durch Glühhitze. Da keine Blutung aufgetreten war, der Brenner ganz neu und durchgeglüht, ist eine Infection ausgeschlossen.

---

*) Bekanntlich von Gruber empfohlen und mit Erfolg ausgeführt.

Digitized by Google

Am Schluss der Arbeit stellt L. folgende 2 Fragen auf:

1) sind in der Praxis der verschiedenen Specialärzte d. h. Rhinologen ähnliche Fälle vorgekommen?

2) wie steht es eigentlich mit der Statistik bei operativen Eingriffen in der Nasenhöhle und den Nebenhöhlen. Cohnstädt (Erfurt).

b) Rhinologische:

Ed. Woakes: The pathology and diagnosis of neccecin ethmoiditis (March 1892. Brit. Med. Journ.)

In dem ersten Stadium der Ethmoiditis mit beginnender fibröser Entartung der Schleimhaut ist eine mehr oder minder gleichmässige Verdeckung der sichtbaren Oberfläche der mittleren Muschel sichtbar. Diese allmählich zunehmend, füllt den mittleren Nasenkanal nach und nach aus. Von vorn gesehen hat der Tumor das Aussehen eines Schleekerns. Das Septum giebt endlich nach und wird, wenn die Krankheit einseitig, nach der anderen Seite verschoben; ebenso werden die Nasenbeine und die Processus max. sup. auseinander getrieben, so daß die äußere Fläche der Nase an dieser Stelle deutlich verbreitert ist.

Das zweite Stadium kennzeichnet sich durch Wucherungen, welche entweder aus Granulationsgewebe oder Myxomen (Polypen) bestehen. Granulationen sind fester, röther und unregelmässiger als Myxome; letztere erscheinen gewöhnlich zuerst am freien Rande des Tumors als weißliche Schwellung mit breiter Basis frei beweglich; so bleiben sie lange unverändert, während die Granulationen in der Richtung des geringsten Widerstandes weiterwuchern. Gleichzeitig gehen dem Auge nicht sichtbare Veränderungen im Knochen einher. Zuvörderst Absorption infolge fibröser Entartung der Gefäße desselben. Diese schwinden und die Folge ist Atrophie des Knochens, gekennzeichnet durch Erosionen und Spalte an der Oberfläche. Gleichzeitig verwandeln sich die Drüsen in Cysten, die oft eine enorme Größe annehmen. Zuletzt öffen sich dieselben, nachdem an dem dünnsten Theil die Knochenwand geschwunden, so daß ein longitudinaler Spalt sich zeigt, oft durch eine mucopurulente Linie gekennzeichnet. Man kann alsdann mit der Sonde in ziemlich beträchtliche Tiefe eindringen.

Das letzte Stadium ist das der Nekrose der Muschel, die günstigste Stelle ist da, wo die Ethmoidalzellen den äusseren Wall der Nasenhöhle bilden. Die Gegenwart der Nekrose macht sich bei der Sonderuntersuchung durch die gewöhnlichen Kennzeichen bemerkbar. Dies ist der gewöhnliche Verlauf der Krankheit; in anderen Fällen ist kein äusseres Anzeichen derselben vorhanden, so daß in diesen Fällen die Nekrose nur durch das Eindringen der Sonde in die Ethmoidalzellen erkannt wird. Es bildet diese Krankheit die Quelle besonderer Reizung, ebenso wie ein cariöser Zahn und es ist daher die Erkennung derselben von grosser Wichtigkeit.

W. Lublinski.

Lichtwitz: Ueber die Häufigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshöhle und über die Nothwendigkeit der methodischen Probeausspülung dieser Höhle in Fällen von Nasenblenorrhoe (Prag. med. Wochenschrift Nr. 15 und 16 1892.)

Da kein pathognostisches Symptom für den chronischen Abscess der Higmorshöhle besteht, da selbst die Durchleuchtung täuschen kann, so

Digitized by Google

empfiehlt Verf. die Probeausspülung, nachdem er die Nasenwand des Antrum im unterem Nasengange mittelst eines dünnen geraden Trocats durchstochen hat. Auf diese Weise hat Verf. 43 positive Punktionen bei 31 Kranken ausgeführt, von denen 12 mit beiderseitigen Empyem behaftet waren. Aus dieser Häufigkeit des beiderseitigem Empyems ist Verf. eher geneigt den Ursprung in der Nase als in den Zähnen zu suchen. Was die Behandlung betrifft, so zieht Verf. die Cooper'sche Methode vor. (Auch Ref. ist die Häufigkeit des doppelseitigen Empyems aufgefallen; unter 34 Fällen waren nicht weniger als 13 doppelseitig.)

W. Lublinski.

Luc: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle durch Erysipelas-streptococcus verursacht. (Deutsche med. Wochenschr. No. 8192.)

Bei einer 60jährigen Person kamen nach einem Erysipelas die ersten Zeichen einer Highmorshöhleneiterung zum Vorschein. Erst nach neun Monaten wird dieses Empyem erkannt und eröffnet und bei Untersuchung des Eiters wird die Anwesenheit des Erysipelas-Streptococcus in demselben festgestellt. Unterdessen, in Folge des chirurgischen Eingriffes, wird die Patientin von einem zweiten Erysipelas ergriffen, das in der Gegend der kranken Nasenhöhle ausbricht.

W. Lublinski.

c) Pharyngo-laryngologische:

B. Baginsky. Laryngologische Mittheilungen. (Berl. klinische Wochenschrift No. 51/91.)

Bei einer schwer hysterischen Person fand sich ausser den Erscheinungen eines chronischen Kehlkopfskatarrh, dass die Stimmbänder und die Aryknorpel constant fast regelmässige zuckende Bewegungen etwa 50—54 in der Minute zeigen. Diese klinischen Zuckungen bestehen in kurzen Adductionsbewegungen, welche die Stimmbänder bis zur Cadaverstellung führen und zwar verfolgen sie am Ende der Expiration. Durch schnelles Athmen kann man diesen Nystagmus der Stimmbänder zum Verschwinden bringen. Ausserdem theilt Verf. einen Fall von Carcinom des Larynx mit, wo während des Lebens linksseitige Stimmbandunbeweglichkeit mit Heiserkeit und hochgradigen Stenosenerscheinungen vorhanden war.

W. Lublinski.

Michelom. Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose (Berlin. klin. Wochenschrift No. 7 92).

Unter 18 Fällen von Chorditis posterior pachydermiae fanden sich zwei die bei Phthisikern aufgetreten waren. Ausserdem können beide Processe zu Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut führen, die nach ihrer Lokalisation und nach ihrem ganzen klinischen Verlauf und auch macroscopisch-anatomischen Aspekt einander in hohem Grade ähnlich sind. Combination zwischen tuberculöser Infiltration und zwischen tuberculöser Ulceration mit pachydermischer Wulstbildung sind an den gleichen Stellen zu beobachten, die erfahrungsmässig den Prädilectionssitz einfacher diffuspachydermischer Wucherung abgeben.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Scholefield. Case of Herpes of the larynx. (The Lancet January 30. 1892).

Bei einem 41jährigen Mann, der mit Fieber (39,5°) und heftiger Schluckbeschwerde ins Bartholomeus-Hospital aufgenommen wurde, fand sich auf der linken Aryfalte und dem entsprechenden Knorpel eine dreierbsengrosse stark geröthete glatte Anschwellung von polypösem Aussehen. Nach einigen Tagen stellte sich nach Abfall des Fiebers Herpeseruption auf der linken Nasenspitze und der Unterlippe ein, während im Kehlkopf an der erkrankten Stelle eine mit Eiter gefüllte Blase zu sehen war. Die letztere verschwand, und es zeigte sich an der betreffenden Stelle eine weisse Stelle mit macerirten Epithelien, die mit dem Herpes an der äusseren Haut nach und nach ausheilte. W. Lublinski.

As. H. Nicoll: Laryngeal chorea (the Lancet March 12. 1892).

Verf. theilt 3 Fälle von Chorea laryngis bei Kindern mit, welche theils gleichzeitig, theils vor der allgemeinen Chorea zum Ausbruch kamen und welche sich hauptsächlich durch einen anhaltenden Husten kundgaben, der in kurzen Zeiträumen sich wiederholt, nachts aber aussetzt. Es sind bei demselben hauptsächlich die Kehlkopfsmuskeln betheiligt und wie Sachs-Newyork meint, werden diese Fälle mit hysterischem Husten verwechselt, von dem sie indessen durch die allgemeine Ruhelosigkeit — die anfangs aber nicht immer vorhanden — das Alter der Kranken und die choreaartigen Bewegungen der Zunge zu unterscheiden sind. In dem einen Fall erwies sich Cocain gegen den Husten von Nutzen.

W. Lublinski.

Ueber Lues tarda laryngis im Kindesalter. Von Dr. Hermann Strauss in Berlin. (Archiv für Kinderheilkunde XIV. Bd.).

Die Syphilis des Larynx ist im Allgemeinen ein nicht sehr häufiges Leiden; bei Kindern scheint sie selten vorzukommen, wenn auch nicht in Abrede gestellt werden kann, dass möglicherweise manche Fälle der erwähnten Art bei den Schwierigkeiten laryngoscopischer Untersuchungen im Kindesalter als solche nicht erkannt werden. Am relativ häufigsten ist sie wohl eine Folge hereditärer Syphilis und wie Eppinger sagt, werden Veränderungen, wenn auch nur geringfügiger Art, am Larynx Neugeborener, die an hereditärer Syphilis gestorben sind, oft genug gesehen. — Von den Fällen congenitaler Lues des Kehlkopfs absehend, die sich in den ersten Lebensmonaten abspielen, theilt St. die Fälle von Luës hereditaria tarda in solche ein, bei welchen in den ersten Lebensmonaten Erscheinungen von Syphilis vorhanden waren und in solche, bei welchen derartige Erscheinungen fehlten.

Er unterwirft dementsprechend die einschlägige Literatur, die sich auf nicht viel mehr als 15 Fälle erstrecken dürfte, einer sorgfältigen Prüfung, wobei sich herausstellt, dass von diesen 15 Fällen nur die von Schötz, Hüttenbrenner, Gerhardt, Eröss, E. Fränkel, Sturge Allen als sicher syphilitisch angenommen werden dürfen, dass aber nur in dem von Letzteren beschriebenen alle Postulate erfüllt sind, welche zur Annahme einer Luës hereditar. tard. berechtigen, denn hier treten in frühester Jugend Erscheinungen auf, denen dann später die Larynxaffection folgte. In den anderen Fällen lässt sich mit Sicherheit der Beweis dafür nicht erbringen, ob es sich um eine wirkliche hereditäre Luës tarda oder um eine in frühester Jugend erworbene Luës tarda handelte. — Autor fügt den genannten noch

Digitized by Google

3 Fälle von Luës laryngis bei Luës tarda aus der B. Baginsky'schen Poliklinik hinzu.

Was das Gemeinsame in den Erscheinungen bei den Fällen, über welche genaue Mittheilungen vorliegen, anlangt, so findet sich als characteristisch für diese Larynx-Affectionen bei Kindern, 1. der Sitz des Processes vorwiegend an der Epiglottis; 2. die Vorliebe, welche den Process für das Auftreten in der warzigen papillären Form zeigt, wenn er nicht in der Form einer einfachen Schwellung sich darbietet. Den Verlauf der Krankheit anlangend, so dürfte diese bei derselben in Bezug auf Raschheit und Bösartigkeit ein schwerer, die Prognose eine schlechtere sein als beim Erwachsenen und zwar im umgekehrten Verhältniss zum Alter. Die Therapie bietet hier wie dort gleich günstige Chancen, doch bleibt in vielen Fällen die Wohlthat der Heilung deshalb versagt, weil sie nicht als das erkannt werden, was sie in Wirklichkeit sind. Beschorner.

Larynxstenosen nervösen Ursprungs. (Sur les laryngstenoses d'origine nerveuse) von Dr. d'Aguanus. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, août-septembre 1871 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12.)

Der langwierige Streit, ob eine Medianstellung der Stimmbänder mit ihren schlimmen Folgen eine Lähmung der glottis erweitere oder im Krampf die glottis verengere, dauert noch immer fort und wird wahrscheinlich kein Ende nehmen, weil beide Fälle separat und sogar bei einem und demselben Individuum eintreten können. Verf. bringt das Beispiel eines ataxischen Mannes, dessen Stimmbänder seit 20 Jahren beinahe die Medianstellung einnehmen; die subjectiven Symptome sind die allbekannten; bei demselben Patienten kommen nun von Zeit zu Zeit zu diesem permanenten chronischen Zustand der Stimmbänder, welchen man doch nur als Lähmung der Crico arytenoides postici ansehen kann, spontane nur wenige Minuten andauernde mit Cyanose und Erstickung einhergehende Larynx-Krisen, welche nur auf einen Spasmus der Adductoren zurückgeführt werden können.
Dr. P. K.

Catameniale Larynxblutungen. (Hemorrhagies laryngées catameniales von Dr. Compaired (Bolletino delle malattie dell' orecchio Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 Nr. 12.)

Verf. bringt zwei neue Fälle: eine 25jährige und eine 21jährige Frau, beide lymphatisch u. hysterisch; Symptome die gewöhnlichen. V. verwirft den Namen „laryngitis haemorrhagica", weil es sich um keine abgegrenzte Localerkrankung, sondern blos um vicariirende bei allgemein erkrankten Individuen Blutung handelt; diese vicariirenden Blutungen können ebenso gut an anderen Organen auftreten; man soll diese Blutungen ganz einfach „Larynxregeln" nennen. Dr. P. K.

Ein Fall von Ictus laryngeus. (Sur un cas d'Ictus laryngé v. Dr. Roquer Casadesus. (Revista di laryngologia Août 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr 12.)

Die Fälle von ictus laryngis ohne Cerebrospinalleiden sind sehr selten. Verf. erzählt einen solchen Fall, einen 31jährigen Mann betreffend und sucht theoretisch das Eintreten der Anfälle zuerklären. Dr. P. K.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften belieb man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Stetter: Beitrag zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen. — Cholewa: Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: Gruber: Die Spätnaht nach der künstlichen Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Frankl-Hochwart: Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. — Schwabach: Ueber den Verlauf von eitrigen Mittelohrenentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. — Zaufal: Zur operativen Behandlung der Fremdkörper in der Paukenhöhle. — Lange: Congenitaler Verschluss der rechten Choane — Woakes: The pathologie and diagnosis of neccecin ethmoiditis. — Lichtwitz: Ueber die Häufigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshöhle. — Luc: Empyem der Highmorshöhle durch Erysipelas-Streptococcus verursacht. — Baginsky: Laryngologische Mittheilungen. — Michelom: Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose. — Scholefield: Case of Herpes of the larynx. — Nicoll: Laryngeal chorea. — Strauss: Ueber lues tarda laryngis im Kindesalter. — d'Aguanus: Larynxstenosen nervösen Ursprungs. — Compaired: Catameniale Larynxblutungen — Roquer-Casadesus: Ein Fall von Ictus laryngeus.

INSERATE.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Atlas
der
Kehlkopf-Krankheiten
enthaltend
345 Figuren auf 37 Tafeln in Farbendruck und 25 Zeichnungen.
Nach der Natur gemalt, gezeichnet und erläutert von
Dr. Robert Krieg.
Hochquart Gebunden. Preis 42 Mark. **Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.**

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch
der
Ohrenheilkunde.
Für Aerzte u. Studirende.
Von **Dr. Wilh. Kirchner,**
Professor der Ohrenheilkunde u. Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg

Vierte verbesserte Auflage. — Mit 42 Abbildungen in Holzschnitt.
Preis: geh. **M. 4.80,** geb. **M. 6.—.**

Wenngleich diese vierte Auflage von der dritten nur ein Zeitraum von zwei Jahren trennt, hat der Herr Verfasser doch manches Neue zu bieten; so hat er den wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Warzenfortsatzes vollständig umgearbeitet und beträchtlich erweitert, der Untersuchung sowie den Erkrankungen des Nasenrachenraumes eine eingehendere Beachtung angedeihen lassen und dgl. mehr.

Berlin, Juli 1892. **Friedrich Wreden.**

Digitized by Google

Medicinischer Verlag von Boas & Hesse, Berlin N.W. 6.

Soeben erschien in unserem Verlage:

Tafel des menschlichen Gehörorganes

in Farbendruck
und mit erklärendem Text
von

Dr. med. G. Sandmann

Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten in Berlin.

Preis 12 Mark.

Die Tafel zeigt das menschliche Gehörorgan in 14-facher Vergrösserung. Der Text bildet einen Abriss der Anatomie des menschlichen Gehörorganes.

Medicinisches Taschenwörterbuch

der

Deutschen, Englischen und Französischen Sprache,

nebst einer Auswahl der gebräuchlichsten lateinischen Ausdrücke und einer vergleichenden Tabelle der Medicinalgewichte und Temperaturskalen

von

Dr. med. Eugen Lehfeldt

Preis 6 Mark.

Das Wörterbuch fand in der gesamten medicinischen Presse die günstigste Besprechung.

Kurze Anleitung zur Verwendung der Wickersheimer'schen Flüssigkeit für anatomische Präparate

nebst einem Anhang über Metallkorrosionen

von

J. Wickersheimer

Präparator am I. Anatom. Institut der königlichen Universität in Berlin.

Mit 3 Lichtdruckbildern.

Preis 1 Mark 50 Pf.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung des In- und Auslandes, sowie von der Verlagsbuchhandlung

Berlin N.W. 6.
Luisenstr. 42, Eingang Karlstr.

Boas & Hesse
Specialgeschäft für Medicin.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

from Dr. Voltolini.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vors'and d. Klinik für Ohrenkrankh a.d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. Berlin, September 1892. No. 9.

I. Originalien.

Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen.

Von

Dr. **Cholewa,** Ohrenarzt in Berlin.

(Hierzu eine Tafel mit drei Abbildungen.)

(Schluss.)

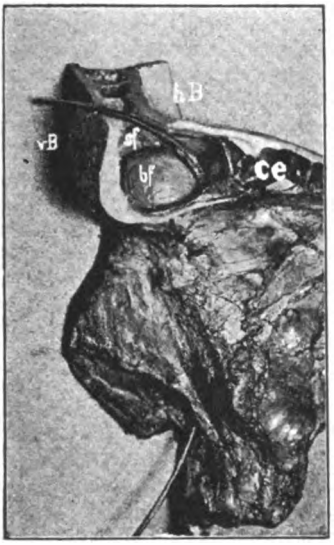
Wir sehen also, daß von „unbekannten Rissen und Spalten" in solchen normalen Fällen bei der Sondirung des antrum frontale gar keine Rede ist und, eine genaue Kenntnis der topographischen Verhältnisse vorausgesetzt, dieselbe als verhältnismässig leicht bezeichnet werden muß. Dieselbe ist nach Hansberg (pag. 47) als gelungen zu betrachten, wenn der eingeführte Teil der Sonde circa 60 mm beträgt (nach meinen Messungen beträgt die Distance vom introïtus narium bis zum Eintritt der Sonde in die Stirnhöhle durchschnittlich 70 mm). Die Sondirung ist allerdings gelungen, aber es ist die Frage, ob sich die Sonde nun in der Stirnhöhle befindet oder in jener Zelle, die nach Steiner die Stirnhöhle darstellen soll, meiner Ansicht nach aber immer nur einen Teil derselben bilden hilft. Hansberg hat, wie mir scheint, diese „eingeschachtelten" Zellen in zweien seiner Präparate vor sich, wo „die Einmündungsstelle in die Stirn-

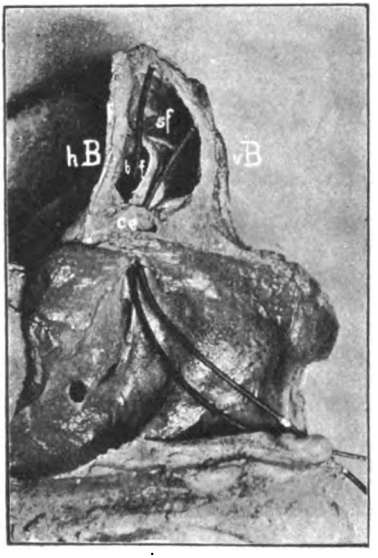
Digitized by Google

höhle durch eine vor ihr liegende große Siebbeinzelle von der vorderen Wand der Höhle wenigstens 10 mm entfernt war." Hätte Hansberg versucht diese Zelle vom Infundibulum aus zu sondiren, so hätte er wahrscheinlich gefunden, daß diese Zellen der normalen Lage der Stirnhöhlen entsprachen und daß „seine Einmündungsstelle" als ein Nebenauslaß einer zweiten Höhle des Stirnbeins zu betrachten ist. Durch die Untersuchungen Steiners wissen wir, daß diese blasenartig in die Stirnhöhle vorspringenden Zellen des os ethmoïdeum innigst mit der Entwickelung der Stirnhöhlen in Zusammenhang stehen. Können wir auch Steiner nicht so weit folgen, daß wir den ganzen Raum einer Stirnhöhle uns aus jener Zelle entstanden denken, so müssen wir doch bemerken, daß jene Zelle, die ich zum Unterschied von der bulla ossea Zuckerkandl, bulla frontalis ossis ethmoïdei nennen möchte, bei der Sondirung der Stirnhöhle von ganz besonderer Wichtigkeit werden kann. Zuckerkandl sagt darüber pag. 38: „Zuweilen schließt der Spalt (hiatus seminularis) mit einem ostium ab, welches in eine der vordersten, zumeist in dem sinus frontalis steckenden Zelle des Siebbeins einmündet." Wir sehen in Präparat I die Abbildung einer solchen im „sinus frontalis steckenden Zelle" vor uns. Der Durchschnitt hat den innern linken Augenwinkel getroffen und zeigt die Stirnhöhle sowie die folgenden Siebbeinzellen von außen eröffnet. Die Stirnhöhle ist in diesem Falle extrem groß, die Blätter des os frontale sehr dünn, der „Auslaß" der Stirnhöhle durch eine Sonde gekennzeichnet, liegt hinter der bulla frontalis und mündet nach außen und oben vom Infundibulum in die Nasenhöhle. Was man leider auf der sonst wohlgelungenen Abbildung nicht sieht, ist die zweite Sonde, welche durch das Infundibulum und Foramenfrontale eingeführt, in jener bulla zum Vorschein kommt und dort spielend hin und her bewegt werden kann. Ihre Länge mißt von der Mitte der bulla an gerechnet bis zum introitus narium 75 mm und würde uns am Lebenden eine vollkommen gelungene Sondirung der Stirnhöhle vorgetäuscht haben. Zuckerkandl hätte sich also klarer ausgedrückt, wenn er nicht gesagt hätte in „eine der vordersten" sondern vielmehr in „die vorderste." Denn es ist immer dieselbe Zelle, welche mit dem Infundibulum correspondirt, sei es, daß sie ihm wie eine kleine Kappe aufsitzt oder rudimentair entwickelt es verschließt, sei es, daß sie mächtig aufgebläht die Stirnhöhle darzustellen bestimmt ist. Nach den Untersuchungen Steiners müßten wir diese Zellen in allen Stirnhöhlen nachweisen können und jene zweite größere Höhle in unserer Abbildung würde daher nichts weiter sein, als ein Raum, der durch das weite Klaffen der beiden Stirnbeinblätter entstanden zu denken ist. Das es sich in der That so verhält, lehrt uns die Sondirung und es muß daher zu Verwirrungen Anlaß geben, wenn Zuckerkandl pag. 167 sagt: Zuweilen führen „zwei ostia frontalia" in einen und denselben sinus frontalis hinein. Er führt das eine aus dem Infundibulum (?) in den „pneumatischen Raum der Stirnbeinschuppe, ein zweites in den des Orbitaldaches", oder wenn er weiter behauptet: „Wenn der sinus frontalis durch breite septa in drei Räumlichkeiten zerfällt . . . . , so findet man gewöhnlich drei Communicationsöffnungen."

Hätte Zuckerkandl die Sonde in dem Maße oder in der Art gebraucht, wie es der Rhinochirurg zu thun gewohnt ist, so würde er wohl nie drei Communicationsöffnungen der Stirnhöhle mit dem Naseninnern

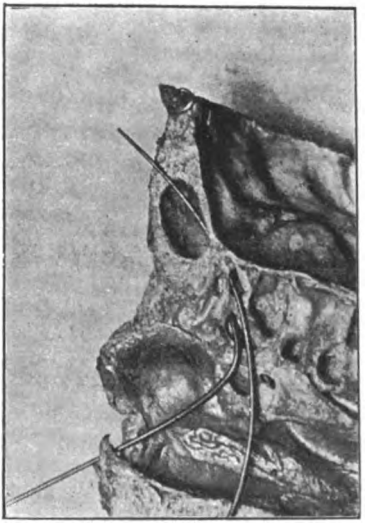
Digitized by Google





v. B. vorderes Blatt } des Stirnbeins.
h. B. — hinteres Blatt }
s. f. — sinus frontalis.
b. f. bulla frontalis.
c. c. cellulae ethmoïdales.

Bedeutung der Buchstaben wie in Präpararat I.



Digitized by Google

Digitized by Google

gefunden haben, sondern höchstens zwei. Die eine, im Infundibulum, weit, allein in jene vorderste Zelle führend, die andere eng, kaum für die dünnsten Sonden passirbar, als „accessorischer Auslaß der Höhle“ der Stirnbeinschuppe. Von noch größerer Beweiskraft für meine obige Bemerkung erscheint mir jenes zweite Präparat, welches, der rechten Schädelhälfte eines Mannes entnommen, die Stirnhöhle von Innen geöffnet zeigt. Hier nimmt die bulla frontalis den hinteren Raum der Stirnhöhle ein, ihre hintere Wand ist mit dem hinteren Blatt des Stirnbeins innigst vereint, so daß die Grenzen beider kaum zu unterscheiden sind. Ihre vordere Wand ist von dem gegenüberliegenden vorderen Blatt des Stirnbeins durch einen 1—1,5 cm breiten Raum getrennt, der als accessorischer Raum der Stirnbeinschuppe aufgefaßt werden muß. Denn die mit größter Leichtigkeit durch das Infundibulum geführte Sonde kommt (zwischen b—f) in der bulla frontalis, hier also der eigentlichen Stirnhöhle, zum Vorschein, während die zweite Sonde sich mit größter Mühe durch einen Gang winden muß, der vom Ansatz der mittleren Muschel beginnt und vor der bulla frontalis eindringt. Zuckerkandl beschreibt diesen Gang als einen 10 mm langen Spalt, „der neben einem normal situirten ostium frontale in die rechte oder linke Stirnbeinhöhle führt“ (pag. 167). Ich muß offen gestehen, daß mir letztere Erscheinung in meinen Präparaten nie zu Gesicht gekommen ist, und ich sie mir nur so entstanden denken kann, daß unter den von Zuckerkandl benutzten Präparaten viel macerirte gewesen sind, bei welchen ein Irrtum in mancher Hinsicht möglich ist. Wenn derselbe Autor auch pag. 40 (in den Zeilen „Wenn — sich bestehend“) z. B. behauptet, daß zwischen der vorderen Insertion der mittleren Muschel und dem proc. uncinatus noch ein Weg (es würden also immer zwei Wege zur Stirnhöhle offen stehen. D. Verf.) zum ostium frontale (?) führt, so ist dies effectiv kaum verständlich. Wir müssen daran festhalten, und meiner Ansicht nach sind obige Präparate zwei vorzügliche Beispiele hierfür, daß nur in den Fällen, wo der eigentliche Zugang zur Stirnhöhle durch das Infundibulum als solcher seinem Zweck nicht genügt, indem er entweder nur die Communication einer bulla frontalis mit der Nase vermittelt oder ganz verschlossen ist, daß nur in diesen Fällen sage ich, accessorische Ausgänge oder vielmehr ein accessorischer Ausgang des Stirnbeinschuppen-Raumes sich findet. Einen solchen Gang, nach oben und außen vom Infundibulum gelegen, haben wir im ersten Präparat kennen gelernt. einen anderen nach innen und oben von ihm gelegen im zweiten Präparat. Sie zeichnen sich vor der normalen Stirnnasen-Communication durch das Infundibulum sowohl durch ihre Länge wie Enge aus und sind in sofern als Knochenkanäle zu bezeichnen, als sie durch Ethmoïdalzellen oder ihre knöchernen Berührungsflächen hindurchführen. Wenn Hansberg auch die normale Stirnnasen-Communication des Infundibulum als „gangartig“ bezeichnet, und die Länge dieses Ganges, der nach ihm am Infundibulum beginnen und am Eingang in die Stirnhöhle endigen soll (briefliche Mitteilung), auf 10 mm angiebt, so ist das ein Irrtum und heruht höchst wahrscheinlich auf einer Verwechslung mit dem Gang in unserm zweiten Präparat. Ich selbst muß gestehen, daß ich in einen ähnlichen Irrtum seiner Zeit verfallen bin, verleitet durch einen accessorischen Gang, der nach außen und oben vom Infundibulum liegt. Es giebt fast kein Präparat, wo dieser Gang oder

Digitized by Google

Spalt nicht nachzuweisen wäre, er endigt aber, bei normaler Ausmündung der Stirnhöhle im Infundibulum, blind unter dem Boden der Stirnhöhle; tritt er in Function, so bildet er einen Knochenkanal, dessen Länge verschieden sein wird, „je nachdem er in eine höher oder entfernter gelegene Abteilung der Stirnhöhle führt“ (siehe meine Arbeit über „Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung“).

Außer diesen beiden Arten von accessorischen Auslässen des Stirnbeinschuppenraumes finden wir noch eine dritte, welche nur dann aufzutreten scheint, wenn der Infundibulum total verschlossen ist. Es communicirt dann die Stirnhöhle direct durch eine breite Oeffnung in ihrer hinteren Wand mit der nächst hinter ihr gelegenen Ethmoïdalzelle und von dort aus mit dem Anfangsteil jenes Ganges, der nach außen und oben vom Infundibulum gelegen ist. Letztere Communicationsart scheint mir sehr selten zu sein, denn ich habe sie in über 100 Präparaten kaum zweimal finden können.

Es liegt auf der Hand, daß eine Sondirung der Stirnhöhlen beim Bestehen einer dieser eben erwähnten drei anatomischen Abnormitäten, zu den Unmöglichkeiten gehört. Nicht allein, daß wir kein Mittel haben, diese Abnormitäten am Lebenden zu diagnosticiren (auch die Durchleuchtung dürfte sich hier als sehr unzuverlässig erweisen), sondern vielmehr die schon oben erwähnte Enge jener beiden „accessorischen“ Gänge ist es, die unsrer Sondirung absoluten Widerstand entgegensetzen und dieselbe vereiteln würde. Wie oft solche Abnormitäten sich finden dürften, kann man kaum annähernd taxiren, da die Nase in ihren anatomischen Spielarten die grössten Unberechenbarkeiten zeigt, doch dürften sie kaum mehr wie 20 Procent aller Fälle ausmachen. Rechnen wir hierzu 20 Procent, wo die Sondirung durch starke Verkrümmung der septum oder abnorme, starke Entwicklung des vorderen Endes der mittleren Muschel erschwert wird, so haben wir immer noch 60 Procent, wo eine Sondirung der Stirnhöhle nicht allein möglich, sondern sogar leicht auszuführen ist, sobald eben nur die führende Hand jede Forcirung der Sonde zu vermeiden versteht.

Am Ende meiner Arbeit erlaube ich mir, Herrn Collegen Dr. Musehold, für die außerordentliche Hülfe, welche er mir durch die künstlerisch vollendete und sachgemäße photographische Aufnahme meiner Präparate geleistet hat, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle.

Von

E. Schwartz,

Ohrenarzt der Augen- und Ohrenheilanstalt für Oberschlesien in Gleiwitz.

Durch seine bahnbrechenden Veröffentlichungen hat Ziem die Lehre von den Erkrankungen der Oberkieferhöhle begründet und in kurzer Zeit derartig entwickelt, daß nur noch wenig übrig bleibt, um dieselbe als

Digitized by Google

völlig ausgebildet zu betrachten. Für ihren sicheren und rasch geförderten Ausbau bilden die klassischen anatomischen Forschungen Zuckerkandl's das Fundament. Die Darstellung des Symptomencomplexes des Empyema antri Highmori, wie sie in den Lehrbüchern der Chirurgie bisher allgemein gegeben wurde, ist nun als eine am grünen Tisch construirte, der Wirklichkeit nicht entsprechende, völlig über Bord geworfen. Mit einem Male zeigte Ziem durch Veröffentlichung von 25 zum teil in gedrängter Kürze, aber in überzeugender Klarheit dargestellten Fällen von Naseneiterungen, deren Ursache die Erkrankung der Oberkieferhöhle war, die Häufigkeit dieses bisher und auch jetzt noch im allgemeinen wenig beachteten Leidens.[1]) Gleichzeitig stellte er die wesentlichsten Symptome desselben zusammen, und durch weitere casuistische Beiträge ist schließlich die Symptomenreihe so groß und mannigfaltig geworden, daß nur wenige Fälle ein typisches Bild aller wesentlichen Symptome der Kieferhöhlenerkrankung darbieten. Wie selten direkt eiteriger Ausfluß aus der Nase, früher das wichtigste Erfordernis, zu beobachten ist, hat Ziem bald nachgewiesen, doch forderte er noch,[2]) daß die Anwesenheit einer Eiterung „in der Nase selbst" festgestellt wird, ehe man sich zur Punktion der Oberkieferhöhle entschließt. Killian[3]) geht schon weiter: Nachdem er ausgeführt hat, daß der Eiter aus den vorderen Siebbeinzellen stammen könnte, wenn man durch Sondirung nach Jurasz[4]) die Stirnhöhle ausschließen kann, empfiehlt er als einfacher und sicherer, in etwa zweifelhaften Fällen zur Probepunktion zu schreiten, ein Verfahren, das Ziem[5]) schon vorher vorgeschlagen hatte. Schmidt[6]) construirte eigens zu diesem Zweck eine Spritze à la Pravaz. Es scheint nicht, daß dieser Vorschlag der Probepunktion allgemeine Anwendung gefunden hat. Daß mit dem Nachweise des Eiters in der Nase die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung, unter Voraussetzung der anderen characteristischen Symptome, gesichert ist, ist zweifellos. Mit der Darstellung des nachfolgenden ersten Falles möchte ich darauf hinweisen, daß es schon genügen dürfte, festzustellen, daß früher abnorm reichliche, schleimige Absonderung aus der Nase stattgefunden hat, natürlich unter der eben erwähnten Voraussetzung.

1. Fall. Frau Gerichtssecretär Sch., 24 Jahr alt, aus Gl., hatte ich am 21. Mai 1887 einmal untersucht. Es bestand damals eine starke Schwellung in dem mittleren Theil der unteren und mittleren Muschel, so daß die Atmung durch diese (linke) Nasenhöhle sehr erschwert war, was auch ihre einzige Klage bildete. Es wurden ihr Einblasungen eines Höllensteinpulvers verordnet. Erst am 31. Januar 1888 erschien sie wieder in meiner Sprechstunde und berichtete, daß diese die ganze Zeit über (was allerdings von mir nicht beabsichtigt war) von ihr fortgesetzte Behandlung ihr absolut nichts genützt habe. Inzwischen war ich durch mehrere mit gutem Erfolge behandelte eiterige Catarrhe des antrum Highmori auf diese Höhle mehr aufmerksam geworden und vermutete bei dem negativen Er-

[1]) cf. diese Monatsschrift 1886. No. 2 u. 3.
[2]) ibidem S. 80.
[3]) Diese Monatsschrift 1887. No. 11 S. 324.
[4]) Berl. Klin. Wochenschr. 1887. No. 3.
[5]) Therap. Monatshefte 1888. April-Mai.
[6]) Berl. Klin. Wochenschr. 1888. Nr. 50.

Digitized by Google

folge der Argentumbehandlung auch bei dieser Patientin eine Betheiligung der Oberkieferhöhle. Die daraufhin erhobene Anamnese ergab Folgendes: Im Herbst 1883 bekam Pat. plötzlich heftige, dumpfe Schmerzen im Hinterkopf und Nacken und einen ziehenden Schmerz im linken Augapfel. Dazu gesellten sich täglich stärker werdende, schmerzhafte Empfindungen in der linken Schläfe, welche den ganzen Tag anhielten; nur gegen Abend ließen die Schmerzen nach, und in der Nacht fühlte sie sich wohl. Außerdem belästigte sie ein Schnupfen in der linken Nasenhöhle. — Dieser Zustand steigerte sich in der ersten Woche mit jedem Tage, dann wurde er erträglicher und hielt einen von der intelligenten Pat. genau beobachteten, periodischen Verlauf der Erscheinungen inne: der Schnupfen machte sich in der Vormittagsstunde gegen 10 Uhr bemerklich (gegen 7 Uhr stand Pat. gewöhnlich auf) und dauerte bis Mittags 1—2 Uhr. Gleichzeitig mit dem Schnupfen kamen und schwanden die Kopfschmerzen. Den ganzen Tag über floß dicker, eiteriger Schleim aus der linken Nasenhöhle, so daß 2—3 Taschentücher täglich verbraucht wurden; auf letzteren hinterließ das Secret gelbe Flecken. Mit der Zeit wurde der eiterige Ausfluß stärker.

Ihre Sehkraft wurde angegriffen, ihre Augen seien so schwach geworden, daß sie die Beschäftigung mit Stickereien und anderen das Auge anstrengenden weiblichen Handarbeiten habe aufgeben müssen. Da sie sich von einem unheilbaren Leiden befallen wähnte, hätte ihre Stimmung sehr gelitten, deshalb wäre sie häufig zum Weinen geneigt. Mitunter habe sie sich durch 6—8 Wochen wieder wohler gefühlt, aber das alte Leiden sei immer wiedergekehrt. Ausspülungen der Nase, Einblasungen verschiedener Pulver u. s. w. brachten höchstens nur schnell vorübergehende Erleichterung. Inzwischen hatte sich Pat. verheirathet und war nach Gleiwitz verzogen, wo sie Herrn Collegen Hoppe consultirte, welcher in der linken Nasenhöhle einen Polypen im mittleren Teil der unteren Muschel constatirte, wie er selbst mir freundlichst mitteilte. Auf sein Anrathen wandte sich die Pat. an Professor V. in B., welcher den Polypen entfernte. Die Kopfschmerzen verschwanden darauf für wenige Tage, aber der Schnupfen nahm an Heftigkeit zu. Da im Laufe der Zeit dieser Zustand sich immer mehr verschlimmerte, nahm sie wieder den Rath ihres Hausarztes in Anspruch, welcher sie dismal an mich wies. Der negative Erfolg meiner ersten Ordination ist oben erwähnt. Ihre Beschwerden hätten nach dieser Zeit sich noch mehr gesteigert. Die Absonderung aus der Nase sei „stärker fließend", aber wässerig, wie vor 3 Jahren. Im Halse habe sie beim Erwachen das Gefühl einer unsagbar lästigen Trockenheit, das sich erst in den Vormittagsstunden allmählig verliere. Der Hinterhauptskopfschmerz strahle bis in den Nacken aus, als ob sie dort eine Klammer umfaßte. Ihre Augen wären ganz matt geworden; jetzt müsse sie schon bei ihren täglichen Verrichtungen als Hausfrau öfter die Augen schließen, um sie ausruhen zu lassen, da sie jegliches Fixiren ermüde. Sie beklagt sich über auffallende Abmagerung.

Das Gesicht der Pat. hat einen leidenden Ausdruck, die Augenhöhlen sind tief eingesunken. Die äußere Nase zeigt normales Aussehen in Farbe und Form. Die Nasenschleimhaut ist in beiden Höhlen gerötet, links in der Gegend des sinus ethmoidalis so geschwellt, daß die Schleimhaut der unteren und mittleren Muschel dem septum prall anliegt; letzteres ist an derselben

Digitized by Google

Stelle verdickt, so daß die dünnste Sonde zwischen beiden Gebilden nicht durchdringen kann. Von eiterigem oder nur schleimigem Secret ist nicht die Spur zu entdecken, weder mit Hilfe der Sonde, noch per Rhinoscopiam posteriorem, welche ohne Gaumenhaken bequem ausgeführt werden konnte. Die Schleimhaut des Nasen-Rachenraumes und der ganzen hinteren Rachenwand ist lebhaft gerötet, trocken. Granula sind nicht vorhanden. Derselbe Befund wird nach wiederholter Anwendung der Luftdouche nach Politzer festgestellt.

Die Untersuchung der Mundhöhle ergiebt, daß die dentes molares I und II im linken Oberkiefer carioes sind, Krone nicht mehr vorhanden. Auf mein Befragen giebt Pat. an, daß sie nur von einem kranken Zahn im linken Oberkiefer Kenntnis habe, der schon mehrere Jahre vor ihrer Nasenerkrankung hohl gewesen sei, und nur als Kind habe sie in diesem Zahn an Schmerzen gelitten, später nie wieder.

Jedes Auge hatte bei einer Hyperopie — $\frac{1}{36}$ volle Sehschärfe, $S = \frac{XX}{XX}$ Fuß.

Objectiv ergab die Untersuchung nur 2 Symptome, welche eine Eiterung in der linken Highmorshöhle wahrscheinlich machten, die Schwellung der Nasenschleimhaut in der Gegend des sinus ethmoidalis und die cariösen dentes molares im linken Oberkiefer. Bestimmend zur Operation war für mich aus der mit der größten Vorsicht erhobenen Anamnese die Thatsache, daß früher eine eiterig-schleimige Absonderung aus der linken Nasenhöhle bestanden hat.

Nach der Extraction der cariösen Wurzeln des dens molar. I wurde mit einem einfachen Stachel die ziemlich dicke Knochenlamelle zwischen dem nun frei gelegten Alveolarraum und der Oberkieferhöhle durchbohrt, wobei einige unter die Gingiva injicirte Tropfen einer 5 proc. Cocainlösung vollständige Anaesthesie bewirkt hatten. Bei der sofort darauf vorgenommenen Durchspülung der Höhle entleerte sich eine beträchtliche Quantität übelriechenden Eiters von gelber Farbe und mit krümeligen Flocken durchsetzt. Am nächsten und an den folgenden Tagen war das Spülwasser nur noch diffus eiterig getrübt und bald wurden regelmäßig nur 2 Schleimballen herausbefördert. Sofort nach der ersten Ausspülung erklärte sich die Pat. unter lauten Aeußerungen der Freude von allen den geklagten Beschwerden im Kopfe und im Halse befreit.

Unter täglich zweimal vorgenommenen Ausspülungen mit Borsäurelösung (3 %) verlor sich die Absonderung völlig; am 2. Mai, also nach dreimonatlicher Behandlung, konnte ich Frau Sch. als geheilt entlassen.

Bei jeder Ausspülung waren 2 gleich große Schleimballen entleert worden, wie oben erwähnt. Sie verwandelten ihre ursprünglich weißgelbe Farbe allmählig in eine grünlichgelbe von glasiger Transparenz. Am Ende eines Intervalls zwischen je zwei Ausspülungen stellten sich mitunter wieder migräneartige Beschwerden ein, allerdings in sehr mäßigem Grade, um prompt mit der folgenden Durchspülung zum sofortigen Schwinden gebracht zu werden. Erst als das Spülwasser völlig rein wieder die Höhle verließ, fühlte sich die Pat. ganz geheilt. Zwei Jahre später traf ich

Digitized by Google

Frau Sch. (welche nach B. verzogen ist) wieder, wobei sie mir erzählte, daß das Leiden durchaus beseitigt geblieben ist.

Wenn Ziem[1]) und B. Fraenkel[2]) betonen, daß der Nachweis von Eiter in der Nasenhöhle selbst bezw. der Befund eines Eiterstreifens auf dem mittleren Nasengange per Rhinoscopiam posteriorem als der einzig sichere Nachweis der Kieferhöhleneiterung anzusehen sei, um die Punktion der Kieferhöhle zu rechtfertigen, so dürfte doch die oben ausgeführte Darstellung eine Erweiterung des zweifellos wohlbegründeten Postulats von Ziem und B. Fränkel gestatten, nämlich: weisen die subjectiven Beschwerden des Pat. und entzündliche Erscheinungen der Nasenschleimhaut in der Gegend des sinus ethmoidalis auf eine Affection der Highmorshöhle hin, ohne daß Eiter in der Nasenhöhle selbst nachgewiesen werden kann, so ist dennoch die Ausführung der Punktion der Oberkieferhöhle gerechtfertigt, wenn die Anamnese ergiebt, daß früher durch längere Zeit (mindestens durch Monate) schleimig-eiteriger Ausfluß aus der Nase in abnormer Menge bestanden hat. — Ziem[3]) sprach sich selbst in letzter Zeit dahin aus, daß selbst trotz wiederholter Ausspritzungen der Nase zu verschiedenen Tageszeiten mittelst der Mayer'schen Druckpumpe oft Eiter in der Nase nicht zu Gesicht gebracht werden könnte, während er den Eiter mittels des Geruchsinnes aus dem Spritzwasser ermittelt habe. — Derselbe Autor erklärt sich die bei den Ausspülungen im Laufe der Behandlung mitunter auftretende Behinderung des Wasserabflusses dadurch, daß ein das ostium maxillare obturirender Eiterpfropf den übrigen Eitermassen während länger fortgesetzter Irrigation den Weg versperrt.[4]) Ist diese Annahme richtig, warum sollte nicht einmal schon bei der ersten Untersuchung ein das ostium maxillare verschließender Eiterpfropf die Anwesenheit von sichtbarem Eiter in der Nasenhöhle verhindern können? Ein Pfropf, der so fest sitzt, daß die Wirkung der Luftdouche nach Politzer nicht ausreicht, um ihn in die Höhle zurückzudrängen? Ich kann mich übrigens dieser Ansicht von Ziem, die ich früher teilte, nicht mehr anschließen und zwar aus folgendem Grunde: Bis vor 3 Jahren vollzog ich die Punktion in derselben Weise wie Ziem, von dem Zahnfach des gewöhnlich carioesen dens molaris nach seiner Extraction. Solange ich diese Operationsmethode beibehielt, erfuhr ich fast bei jedem Patienten ein- oder mehrmals diese Stockungen des Abflusses der Spülflüssigkeit. Seitdem ich aber mit dem Krause'schen, später von mir modificirten Troikart[5]) von der Nasenhöhle aus, und zwar stets nach Mikulicz vom unteren Nasengange aus die Punktion wahrnehme, um ein Celluloidröhrchen (Partsch) in die Höhle einzuführen, welches bis zur Heilung an Ort und Stelle verbleibt, habe ich nur ein einziges Mal diese Behinderung des Abflusses, aber gleich durch 8 Tage hindurch, erfahren. Ursache war in

[1]) Diese Monatsschrift XX. Nr. 3 S. 80.
[2]) Berl. Klin. Wochenschr. 1887. No. 16.
[3]) Diese Monatsschrift 1890. No. 7.
[4]) ibidem 1886. No. 3 S. 79.
[5]) Zeitschr. f. Ohrenhlkd. XXI. pag. 306.

Digitized by Google

diesem Fall wahrscheinlich eine oedematöse Anschwellung der Höhlenschleimhaut. Ich benutzte das in die Höhle ca. 8 Tage vorher eingeführte Celluloidröhrchen als Sonde und glaube mich nicht darin getäuscht zu haben, daß ich oedematöse Schwellung fühlte. Bei großem Kraftaufwande ließ sich das Spülwasser mit der Spritze nur tropfenweise entleeren und war dabei völlig klar. Die zeitweise Behinderung des Abflusses bei der Anlage der Punktionsöffnung in den Boden der Oberkieferhöhle dürfte sich dadurch erklären, daß daselbst die Spülcanüle nur für die Dauer der Ausspülung eingeführt wird. Es wäre möglich, daß der Reiz, den das mit der Zeit immer mehr Schmerzen verursachende Einführen der Canüle ausübt, die Schleimhautauskleidung der Höhle zur Schwellung bringt, und daß die geschwellte Schleimhaut die Knochenöffnung überdeckt. In diesem Fall kann leicht die Canülenspitze, statt durch die Schleimhaut in den Hohlraum zu passiren, in das geschwellte Gewebe hineingeraten, wodurch die Mündung der Canüle verlegt und nicht nur der Abfluß, sondern auch der Zufluß unmöglich wird.

Daß gerade über dem cariösen Zahn die Schleimhautauskleidung des Höhlenbodens besonders stark injicirt sein muß, dafür scheinen mir die durch ihr regelmäßiges Erscheinen auffallenden, oben erwähnten zwei Schleimballen zu sprechen, welche ich, der Anzahl der cariösen Zähne gleich, sehr häfig beobachtet habe. Bei Frau Sch. war der dens molaris I und II cariös. Es liegt nun die Vorstellung nahe, daß direct über den beiden cariösen Molaren je ein circumscripter Entzündungsheerd der Schleimhaut je einen dieser Schleimballen geliefert hat.

Ein interessantes Verhalten zeigte der Verlauf des Schnupfens bei Frau Sch. Sie gab an, daß derselbe sich regelmäßig erst gegen 10 Uhr Vormittags einfand. Diese Erscheinung dürfte sich folgendermaßen erklären: Beim Liegen während des Schlafes steht der sinus ethmoidalis senkrecht oder nahezu senkrecht zur Ebene des Lagers. Infolgedessen konnte das aus dem ostium maxillare abfließende Sekret auch sofort senkrecht herunter bis an die hintere Rachenwand fließen. Die offenbar ätzende Eigenschaft desselben übte also während der ganzen Nacht ihren reizenden Einfluß zum allergrößten Teil auf die hintere Rachenwand aus, während von der Nasenschleimhaut in der Breite eines Tropfens nur der kleine Teil in Betracht kam, welcher zwischen dem ostium maxillare und dem hinteren Muschelende liegt. Dadurch kam es, daß die Patientin beim Erwachen die „unsagbar lästige Trockenheit“ im Halse während der Nacht und beim Erwachen am Morgen empfand, während das Gefühl des Schnupfens geschwunden war. Nach dem Aufstehen sickerte wieder das Sekret in den sinus ethmoidalis; ehe dieser so gefüllt war, daß es zum beständigen Ueberfließen und zur Wahrnehmung des Reizes auf die Nasenschleimhaut kam, vergingen die drei Stunden bis 10 Uhr; dann war der Schnupfen wieder da. Diese Annahme dürfte der Umstand bestätigen, daß nach Entfernung des Polypen die Kopfschmerzen für einige Tage verschwanden, aber der Schnupfen schlimmer wurde. Durch die Beseitigung des mechanischen Hindernisses, andererseits durch die lokale Blutentziehung war jedenfalls der Abfluß des Höhlensekretes erleichtert, wodurch die Spannung in der Oberkieferhöhle und mit ihr der Kopfschmerz nachließ, dagegen durch die reichlichere Sekretentleerung das reizende Agens für die Nasenschleimhaut vermehrt wurde.

Digitized by Google

Im letzten Abschnitt der Krankheitsperiode kam es wahrscheinlich durch consecutive Schwellung an beiden Seiten der inneren Oberkieferhöhlenwand zum Verschluß des ostium maxillare; woher das wässerige, „stark fließende“ Sekret in der letzten Zeit gekommen sein soll, vermag ich mir bei dem eingedickten Eiterinhalt der Kieferhöhle nicht zu erklären. Vielleicht stammte es, infolge consecutiver Hyperaemie, von der Schleimhaut der Nasenhöhle.

Die oben ausgeführte Krankengeschichte zeigt die Folgen der ätzenden Einwirkung des Oberkieferhöhlensekretes auf die Nasen- und Rachenschleimhaut, welche sich durch den periodisch auftretenden Schnupfen und die Trockenheit im Halse äußerten. Man wird daher bei ähnlichen Erscheinungen, auch wenn kein Eiter in der Nasenhöhle nachzuweisen ist, von der Wirkung auf die Ursache schließen können.

(Schluß folgt.)

Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle.*)

Von

Dr. **Demme,**

pract. Arzt und Vol. Assistenten an der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin.

1. Im Anfang März d. J. kam eine Dame von 32 Jahren zu mir mit Klagen über eine Geschwulst im Munde, die sie beim Sprechen etwas, dagegen sehr stark beim Kauen und Schlucken hindere: sie beiße sich leicht auf die zwischen die Zähne der rechten Seite sich einklemmende Geschwulst, die, oft an der Oberfläche geschwürig zerfallen, ihr starke Schmerzen verursache. Ich fand eine etwa wallnußgroße, rundliche, überall von verschiebbarer Mundschleimhaut überzogene Geschwulst, die bei völligem Zahnschluß etwas oberhalb der Schlußlinie von der rechten Wangeninnenfläche, ungefähr 1½ cm hinter dem rechten Mundwinkel entsprang. Man konnte den sehr derben Tumor bequem fassen und ihn etwa wie eine unter eine straff gespannte Tischdecke gelegte Wallnuß, etwas bewegen. Die den Tumor überkleidende Schleimhaut war am Scheitel an einzelnen Stellen in kleine Ulcerationen zerfallen, zum Teil erkannte man kleine Narben, die Ueberreste früherer Ulcera. Das hatte offenbar seinen Ursprung darin, daß beim Oeffnen der Zahnreihe der Tumor sofort in die Mundhöhle sprang und die Patientin sich nun beim Schlusse des Mundes mit der Zunge ihn wieder hinausschieben mußte, wollte sie nicht auf die Geschwulst beißen. Auch beim Sprechen waren große Unbequemlichkeiten; die Patientin sprach nur mit halbgeöffneter Zahnreihe, gerade um die Geschwulst nicht durchschlüpfen zu lassen: infolgedessen war die Sprache undeutlich, die Zischlaute besonders konnten nicht klar vorgebracht werden; die Sprache war der bei einem Peritonsillarabscesse ähnlich.

*) Nach einer Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Digitized by Google

Die Operation war einfach. Mit dem Muzeux zog ich nach gründlicher Cocainisirung den Tumor von seiner Sitzfläche ab und umschnitt die Schleimhaut mit dem Messer ringförmig an der Basis: mit einigen Scheerenschlägen trennte ich dann die Bindegewebszüge, die noch die Verbindung herstellten. Die Blutung war beträchtlich: eine spritzende Arterie wurde unterbunden, die Wunde durch 3 Nähte geschlossen. Dauernde Mundausspülung mit Kali permang. Lösung; Entfernung der Nähte am vierten Tage. Heilung. Das Sprechen und das Kauen sind normal.

Die Gewulst hatte eine glatte Oberfläche, war sehr fest und von der vorgetriebenen Wangenschleimhaut dicht, wie von einer übergezogenen Kautschuckmembran umschlossen. Die microscopische Untersuchung ergab, ein dichtes Geflecht ziemlich gleichmäßig gelagerter, derber Bindegewebszüge, mit spärlichen Gefäßen, darüber vollständig isolirt die normale Mundschleimhaut. Diagnose: Fibrom.

2. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Assistenzarzt 1. Cl. Dr. Lorentz verdanke ich folgenden Fall:

Ein junger Mann von 23 Jahren, der wegen eines leichten Bronchialcatarrhs in Behandlung kam, hat, so lange er „denken kann", auf der Zungenfläche vorne, etwa 1½ cm von der Zungenspitze, 1½ cm vom rechten Rande der Zunge entfernt, eine Geschwulst, die ihn eigentlich nur wenig genirt; nur das Aussprechen der Zischlaute war auch hier undeutlich, so daß Patient leicht lispelt. Ich fand eine gut haselnußgroße Geschwulst von dem Aussehen eines Papilloms an der oben bezeichneten Stelle gestielt aufsitzen. Der Tumor war von oben her etwas abgeplattet, gemäß der Ruhelage der Zunge, durch den Gaumen, der an der entsprechenden Stelle, vielleicht durch den Reiz etwas gerötet erschien. Dadurch hatte die Oberfläche des Tumors etwas den Character des Papilloms verloren, der an den Seiten aber sehr schön ausgeprägt war. Der Stiel war etwa ½ cm lang. Hob man den Tumor ab von der Unterlage, so gab er etwa das Bild einer Pinie.

Die Operation war einfach: nach Cocainisirung Abtragen des Tumors mittelst eines Scheerenschlages, Aetzung des Stumpfes mit Arg. nitr. Die microscopische Untersuchung ergab das sehr schöne Bild eines Papilloms.

Ich glaube, daß dieser Fall eines Papilloms an der Zungenspitze nicht zu den häufigsten Vorkommnissen gehört. Ich habe in der ganzen specialistischen Litteratur eigentlich nur 4 ähnliche Fälle gefunden, die ich hier folgen lasse.

1. von Heurtaux, aus dem Jahre 1888, ohne nähere Angabe.
2. von F. S. Eve, 1888, ein Papillom der Zunge- bei einer 59jährigen Irländerin, das an der Stelle saß, wo die Zunge die fortwährend zwischen den schlechten Zähnen gehaltene Pfeifenspitze berührte.
3. von Hillenbrand, 1889. J. Diss. aus Dr. Seifert's (Würzburg) Praxis, 4 papilläre Excrescenzen, die allerdings am hinteren Zungenabschnitt saßen.
4. von Covernton, 1890, ein Papillom der Zunge, bei einem 2½ jährigen Kinde, das 1½ cm hinter der Zungenspitze saß und mit dem Galvanokauter leicht abgetragen wurde.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Therapie der Gehörgangsfurunkel. Von Dr. Grünwald in München. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 9, 1892.)

Für die beste Behandlungsweise der Gehörgangsfurunkel hält G. die Durchfeuchtung der Gewebe mit gleichzeitiger Auflockerung derselben durch luftdichten Abschluß, wie sie der Prießnitz'sche Verband, der feuchtwarme Umschlag erzeugt.

Derselbe wird für den Gehörgang derartig modificirt, daß nach Reinigung desselben ein dünner Streifen Watte oder Mull, mit einer 5 procentigen Lösung von Liqu. aluminis subacetici befeuchtet, möglichst in den Gehörgang vorgeschoben und dieser durch eine Wattakugel verschlossen wird, über welche ein Stückchen Caoutschoucpapier gestülpt ist, so daß die Watta nach außen freiliegt.

Liegt der Entzündungsherd nahe am Eingange des Gehörganges oder am Tragus, so wird über den eingeführten Streifen noch eine die Ohrmuschel bedeckende; in essigsaurer Thonerde befeuchtete Mulllage, auf diese ein Caoutschoucpapier gelegt und das Ganze durch Bindentouren befestigt. Die essigsaure Thonerde zieht G. anderen Lösungen vor, weil durch sie das sonst unter luftdichtem Verschluß der Haut so gerne auftretende Eczem vermieden wird.

Spannungsgefühl und pulsirendes Klopfen lassen nach und der Furunkel reift und öffnet sich meist spontan, ohne daß der Patient durch Erneuern von Umschlägen oder besondere Schmerzen belästigt wird.

Dr. Hitschmann.

Aus der Dr. B. Baginsky'schen Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen. Von Dr. Michael Cohn, practischer Arzt. (Berliner klin. Wochenschrift 1891, Nr. 43.)

Nystagmus bei Ohraffectionen wurde bisher je einmal von Schwalbach und Pflüger, und dreimal von Kipp beobachtet, hervorgerufen im Verlaufe eitriger Mittelohrentzündungen durch Druck auf die Regio mastoidea, Berührung eines Polypen oder Ausspritzung eines tief liegenden Abscesses. — Hierzu kommen die vier Fälle des Verfassers. Bei dem ersten, einem Fall von chronischer Otitis media pur. wurde durch leichten Druck auf den Tragus des kranken Ohres, durch Anwendung der Gehörgangsluftdouche und durch Ausspritzen des linken Ohres Schwindel mit Neigung nach rechts zu fallen und hochgradiger horizontaler Nystagmus ausgelöst. Die rechte Pupille war weiter wie die linke, ihre Reaction träg. Beweglichkeit und Hintergrund des Auges normal.

Ein in den äußeren Gehörgang eingeführter Wattepfropf verhinderte das Zustandekommen dieser Erscheinungen. Die Annahme, daß es sich um Hysterie handle, wobei der Tragus der hysterogene Punkt, die Otorrhoe nur etwas Zufälliges sei, wird unwahrscheinlich durch das Ausbleiben des Nystagmus nach Einführung der Watte, während bei unverschlossenem

Digitized by Google

Gehörgange die Anfälle prompt ausgelöst wurden. Ist der Nystagmus der Effect eines vom Ohre ausgehenden Reflexactes oder einer durch das Ohr übermittelten Hirnreizung? — Letztere erscheint ziemlich ausgeschlossen, denn der Druck auf den Tragus war zu gering, um auf das Gehirn fortgepflanzt, ähnliche Erscheinungen zu bewirken, wie die mit viel stärkeren Druckgrößen ausgeführten Tierversuche von Baginsky, welche ähnliche Resultate erzielten. Handelt es sich nun um einen Reflexact, so wäre der Ausgangspunkt desselben im Plexus tympanicus oder in den Bogengängen zu suchen. Daß vom Plexus tympanicus Schwindel ausgelöst werden kann, ist experimentell festgestellt, über so entstandenen Nystagmus ist bisher nichts berichtet. Daß jedoch von den Vestibularenden des Acusticus Augenbewegungen und Myosis veranlaßt werden können, behaupten Cyon und Högyes. Cohn meint nun, daß sich auf Grund entzündlicher Vorgänge eine gewisse erhöhte Reizbarkeit im Labyrinth entwickelt hatte, manifest durch permanente mäßige Myose, so daß ein normalerweise ganz unwirksamer Reiz zur Auslösung des Nystagmus genügte. — Im zweiten Falle wurde Ohnmacht und horizontaler, einigemale rotatorischer Nystagmus kurz nach dem Einspritzen lauwarmer Flüssigkeit in das mit chronischer Otitis media purulenta behaftete Ohr ausgelöst, hierbei wurden die auch sonst bestehenden subjectiven Geräusche lauter. In den beiden anderen Fällen trat beim Einspritzen von kaltem Wasser in die an chronischer Otorrhoe leidenden Ohren Schwindel und beiderseitiger oscillatorischer und einmal horizontaler Nystagmus auf.

Es scheint nach alledem geboten, bei Fällen von ätiologisch unaufgeklärtem Nystagmus an Mittelohreiterungen zu denken.

Dr. Hitschmann.

Eiterige Otitis und Hirnerscheinung nach Tamponirung des Nasenrachenraumes bei schwerem Nasenbluten. (Otite suppurée et accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une epistaxis grave.) Von Dr. Gellé. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die Tamponirung ist eine gefährliche Operation, nicht nur inbezug auf das Gehör, sondern selbst für das Leben. Die Eiterung tritt oft schon nach zwei Tagen auf; oft besteht schon Otitis beim Tamponnement, und dann schadet dieses erst recht. Die durch die Tamponade hervorgerufene Entzündung ist immer septischer Natur, der Wolf wird in den Schafstall gesperrt, der Kranke in seiner Betäubung wird selbst das Entfernen des Tampons nicht mehr verlangen, und erst das Herausfließen der Jauche aus einem oder gar beiden Ohren wird die Diagnose bestätigen. Je länger der Tampon bleibt, desto größer die Gefahr. Verf. giebt ein Beispiel als Belag: Das hartnäckige Nasenbluten bei dem zugleich bestehenden chronischen Morbus Brightii machte eine Tamponade nötig; die nachher auftretenden und beinahe tödlich verlaufenden Hirnsymptome waren mit Unrecht auf den Morbus Brightii statt auf die schädliche Wirkung des Tampons zurückgeführt worden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Parasitäre Otitis externa. (Otite externe parasitaire. Otomycosis.) Von Dr. Baratoux. (La pratique médicale 1892 No. 8 und Annales de la société chirurgicale de Liège 1892 No. 6.)

Geschichte der Krankheit nebst den verschiedenen beobachteten Parasiten. Beschreibung der Symptome. Behandlung. Verf. redet dem spiritus vini und dem Resorcin das Wort. Dr. P. K.

b) Rhinologische:

Ein Fall von sogenannter Rhinitis caseosa oder cholesteatomosa. (Un cas de soit-disant rhinite casteuse ou cholésteatomeuse.) Von Dr. G. Strazza. (Bolletino delle malattie dell' orecchio août 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 No. 12.)

Sich auf einen neuen, von ihm beobachteten Fall stützend, kommt Verf. zu dem Schluß, daß der von Duplay (1874) zuerst beschriebene und später von Cozzolin beschriebene Rhinitis caseosa garnicht besteht; es ist ganz einfach eine Complication der verschiedensten Nasenleiden. Fremdkörper, Polypen, Verkrümmungen des Septum können Abfluß des Secretes hemmen und so die käsige Entartung hervorbringen; Scrophulose ist es nicht, denn Scrophulose ist häufig und Rhinitis caseosa selten; Scrophulose ist meistens bei Kindern, die sogenannte Rhinitis caseosa meist bei Erwachsenen; es ist nicht Rhinitis, denn die mucosa erscheint gesund nach Entfernung der käsigen Massen und die sogenannte Rhinitis caseosa übrigens immer einseitig; endlich könnte man nicht die schnelle von selbst eintretende Heilung nach Entfernung der käsigen Massen erklären. Dr. P. K.

Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. Von Dr. Ed. Aronsohn in Ems. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1892. No 29 und 30.)

A. verurteilt das „Nichtsthun" nach galvanocaustischer Behandlung des Naseninnern, empfiehlt vielmehr gleich nach der Operation und an den folgenden drei bis vier Revisionstagen Dermatol in solcher Menge einzublasen, daß die Schleimhaut der ganzen betreffenden Nasenhälfte mit Pulver gut bedeckt ist. In der Zwischenzeit, eventl. bis zum zehnten Tage soll Patient selbst ca. 5 mal täglich eine Prise Dermatol aufschnupfen. Der Vorteil dieser Behandlungsweise besteht in Milderung der Reactionserscheinungen und Vorbeugung von Verwachsungen und neuen Entzündungsprocessen. A. hofft, daß die austrocknendne Kraft des Dermatols sich auch bei chronischen Katarrhen bewähren wird.

Beschorner.

Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle. Von Dr. Paul Heymann in Berlin. (Virchow's Arch. für patholog. Anatomie und Physiolog. und für klin. Medicin. 129. Bd. 1892.)

Bei Eröffnung der Highmorshöhlen an 250 Köpfen von Leichen, die dem Autor im Secirsaale für normale Anatomie zur Verfügung standen,

Digitized by Google

also in 500 Highmorshöhlen, fand H. 31 mehr oder minder große Geschwülste, sodaß, da nur in vier Fällen beide Oberkieferhöhlen befallen waren, es sich demnach um 26 verschiedene Kranke handelte, angenommen werden darf, daß jeder neunte Mensch einen Tumor in seiner Kiefernhöhle trägt, ein Verhältnis, wie es ähnlich auch von andern Autoren, so namentlich von Zuckerkandl, angeführt wird. H. folgt bei Gruppirung der beobachteten Geschwülste, der Einteilung des soeben Genannten und zwar fand er Kiefercysten ein-, Knochenneubildungen dreimal. Polypen, unter welchen H. alle Geschwülste versteht, welche auf der Schleimhaut sitzend, aus dieser hervorgegangen, mehr oder minder gestielt, im Wesentlichen das Gewebe des Mutterbodens wiederholen, notirte H. unter 250 Fällen 14 mal und zwar der verschiedensten Art, nur vermißte er eigentliche Schleimpolypen merkwürdigerweise vollständig. Die zahlreichste Gruppe der Neubildungen bildeten auch bei H. die Cysten der Kieferhöhlenschleimhaut und zwar fand er sie in 19 Kieferhöhlen, darunter 6 Fälle, wo die Cyste mit anderen Neubildungen vergesellschaftet war; in 13 Highmorshöhlen wurden nur cystische Gebilde gesehen. Eine Prädilectionsstelle für die Cysten innerhalb der Kieferhöhle vermag Autor nach seinen Erfahrungen nicht anzugeben. Der Inhalt der Cysten war verschiedenartig, meist getrübt, Epithel und Detroitus, sowie zahlreiche in Verfallung begriffene Lymphkörperchen enthaltend. Häufig wurden Cholestearin-Crystalle in mehr oder minder großer Menge gefunden. Ihre Entstehung anlangend, so erklärt H. alle sogenannten Schleimcysten der Kieferhöhle als zurückzuführen auf verschlossene Drüsen bezw. Drüsenausführungsgänge. Fibrome wurden nicht beobachtet.

Der Arbeit, welche möglichst und in eingehendster Weise die entsprechenden Erfahrungen der Autoren des laufenden Jahrhunderts berücksichtigt, sind 4 Tafeln mit äußerst instructiven Abbildungen beigegeben.

Beschorner.

Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza. Von Dr. Max Thorner in Cincinnati. O. (New-Yorker Medicin. Monatschr. Febr. 1892.)

Ein Fall von Soor bei einem 17 Jahre alten Jüngling, der infolge eines ungewöhnlich heftigen Influenza-Anfalles sehr geschwächt war. Die Pilzwucherung (Oidium albicaus) wurde zuerst in den Mandeln beobachtet, erreichte bald die Rachenwand, stieg den Nasenrachenraum hinauf und setzte sich in die Nasenhöhlen bis an die Nasenlöcher fort. Der Verlauf nahm 12 Tage in Anspruch. Die Krankheit endigte mit voller Heilung Dieser Fall stellt die Thatsache fest, daß Soor sich beim Erwachsenen im Gefolge acuter Krankheiten, die mit großer Schwäche einhergehen, einstellen kann, und daß sein Auftreten als ein prognostisch nicht so absolut schlechtes Zeichen anzusehen ist, als einige Autoren zu glauben scheinen; dann aber, daß Soor, wenigstens in Ausnahmefällen, sich in der Nasenhöhle entwickeln kann, ein Beweis, daß Flimmerepithel nicht ein unüberwindbares Hindernis für seine Entwickelung abgiebt.

Beschorner.

Digitized by Google

Nasenstein. (Cas de rhinolithe.) Von Dr. Schiffers. (Annales de la société medico-chirurgicale de Liége, Novembre 1891).

Bei einer 40jährigen Frau wurde ein daumengroßer Nasenstein in zwei Sitzungen mittelst Lithothribie entfernt. Entstellung des Gesichtes, Foetor, Verstopfung, Verlust des Geschmackes und des Geruches, Schmerzen bildeten den Symptomencomplex. Dr. P. K.

Deviation der Nasenscheidewand. (Déviation de la cloison nasale.) Von Dr. Nicolai P. Simanovski. (Vratch 1890 N. 7 u. Journal of lar. and Rhin. 1891 N. 11).

Von 974 Kranken (603 Männer und 371 Frauen) hatten nur 49 eine normale Nasenscheidewand (24 Männer und 25 Frauen); 345 mal war sie unregelmäßig mit Verdickungen, Verkrümmungen und Spornen besetzt; 191 mal nach rechts verbogen, 188 mal nach links, 124 mal schief, 17 in SForm oder im Zick-Zack. Die Nasenscheidewand ist also fast immer schief, wenigstens soweit sie die Bevölkerung St. Petersburg's betrifft. Dr. P. K.

Medicinische Cylinder für die Nase bei der Behandlung des Heufiebers, des Nasencatarrh's und der Nasendiphteritis und Ozaena. (Cylindres médicinaux pour le nez dans le traitement de la fièvre de foin, du catarrhe et de la diphterie nasale et de l'ozène.) Von Dr. Scanes Spicer (Journal of laryngol. and Rhin. 1890 N. 9 u. Annales des maladies de l'oreille 1891 N. 11.

Hohle aus glycogelatine verfertigte graduirte Cylinder, welche je nach Bedarf Morphium, bismuthum nitricum, Jodoform etc. etc. enthalten. Verf. war bei genannten Krankheiten sowohl wie nach intranasalen Operationen, bei Eczema, Retropharyngealcatarrh etc. etc. sehr zufrieden. Dr. P. K.

4 Nasensteine. (Le amende 4 rhinolithes.) Von Dr. Berlioz. (Archives internationales de laryngologie Mai, Juin 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die 4 Steine waren von Dr. Ruault in einer Sitzung der französischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie vorgelegt worden; bloß einer enthielt einen Kirschkern, die anderen nichts. Kalk, Phosphate und Carbonate waren in allen vorhanden. Dr. P. K.

Doppelter submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprunges. (Abscès summuqueux double de la cloison nasale d'origine traumatique.) Von Dr. Luc. (Archives internationales de Laryngologie Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Nach einem Fall bildeten sich zwei symmetrische Abscesse am vorderen Teile der Nasenscheidewand. Der Eiter war jauchig. Verf. betont, daß die oft angegebene Verkrümmung der Nasenscheidewand nicht vorhanden war. Dr. P. K.

Digitized by Google

Schleimpolyp in der Nase bei einem Neugeborenen. (Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né.) Von Dr. Le Roy. (France médicale. Juin 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Saugen beschwert. Operation mit Erfolg nach drei Wochen. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Störungen durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. (De quelques troubles provoqués par la vegétation adénoides chez les enfants du prémier âge.) Von Dr. Lubert-Harbon. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Diese Gebilde sind bei Säuglingen viel häufiger als allgemein angenommen wird, die Diagnose ist wichtig, wegen der Operation; wenn letztere nicht ausgeführt wird, so stirbt das Kind an Athrepsie. Das Bild ist etwas verschieden von dem bei älteren Kindern: die Symptome des Gehörorganes und der Physiognomie treten in den Hintergrund und die der Respiration mit der Unmöglichkeit ordentlich zu saugen treten besonders hervor. Verf. giebt eine genaue Beschreibung letzterer Symptome. Sobald bei einem Säugling die Symptome des sogenannten chronischen Schnupfens nicht nach dem Gebrauch von Vaselin und Borax verschwinden, muß man adenoide Vegetation annehmen und sobald als möglich mit einer geeigneten Zange in verschiedenen Sitzungen operiren. Die Operation ist sehr leicht; man soll ohne Anaesthesie operiren und in jeder Sitzung blos einen Zangenzug ausüben. Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. Sarcomatöse Recidive. Plötzlicher Tod. (Végétations adénoides du Pharynx nasal. Récidives sarcomateuses. Mort subite.) Von Dr. Dèlie. (Archives internationales de laryngologie 1892 No. 1 und Annales de la société médico-chirurgicale de Liège 1892 No. 6.)

Ein 13 jähriger Knabe wurde zweimal wegen adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes operirt. Zweite Recidive, welche mit Electrolyse behandelt wurde; die microscopische Untersuchung ergab nun ein Sarcom, welches ungeheure Ausdehnung annahm und oft blutete. Tod plötzlich. Verf. schließt aus diesem Beispiel, daß adenoide Vegetationen recidiviren können, daß selbe die sarcomatöse Transformation eingehen können und daß die schlimmsten Blutungen nicht immer die klassischen Sarcome begleiten. Ref. fragt sich, ob das Sarcom nicht von Anfang an bestand. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Abscess der hinteren Trachealwand. Tracheotomie, Tod, Section. (Abscès de la paroi postérieure de la trachée, trachéotomie, mort, autopsie.) Von Dr. Jacob. (Union médicale. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 7 jähriges Kind erkrankte mit den Zeichen von Bronchitis, Dyspnoe mit Schlingbeschwerden. Tracheotomie mit Ausfluß von Eiter aus

Digitized by Google

der Trachealwunde. Tod durch Pneumonie. Die Section ergab den genannten Abscess. Dr. P. K.

Die Larynxentzündungen bei Typhus. (Les laryngites typhiques.) Von Dr. Peter. (Union médicale Mars 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. bespricht die zwei Arten von Larynxentzündungen, welche im Verlaufe des Typhus vorkommen: diejenigen, welche in der acuten Periode während des Typhus selbst vorkommen und diejenigen, welche in der Reconvalescenz, also später, vorkommen. Die Symptome sind die allbekannten.

Ref. hat in seinen in den Jahren 1875, 1876 und 1877 in den Annales des maladies de l'oreille et du larynx erschienenen Arbeiten in Uebereinstimmung mit Eschinger und Anderen nachgewiesen, daß nicht alle in der acuten Periode auftretenden Laryngitiden notwendigerweise Dysphagie und Aphonie hervorbringen, daß viele sogar ganz gutartig verlaufen und daß man öfters typhöse Larynxgeschwüre nur zufällig an der Leiche findet. Uebereinstimmend mit dem Verf. giebt Ref. zu, daß die späteren, auf Perichondritis beruhenden Laryngitiden eine der schwersten Formen der subacuten Laryngitis darstellen, daß die in den meisten Fällen nicht zu verhindernde Tracheotomie auf große Schwierigkeiten stoßen kann und daß die Kranken bei nicht sorgfältiger Ueberwachung ersticken. Von den Larynxknorpeln ist die cartilage cricoidea am häufigsten und namentlich an ihrer hinteren Hälfte angegriffen; daher die oft bleibenden Larynxverengerungen. Daß die meisten Patienten sterben, ist nicht richtig. In drei von ihm beobachteten Fällen von Laryngotyphus in der Reconvalescenz, welche alle drei unter mehr oder weniger Schwierigkeiten tracheotomirt werden mußten, starb keiner; alle drei konnten nach langer Zeit und nach mit Geduld ausgeführter mechanischer Behandlung die Canüle entbehren. Nur muß man frühzeitig operiren, immer die tiefe Tracheotomie ausführen, die Canüle nicht zu früh entfernen und anfangs exspectativ, später mechanisch behandeln. In diesem Sinne wären die von Dr. Peter angeführten Fälle, wenigstens soviel sie des Ref. Erfahrung betreffen, zu berichtigen. Dr. P. K.

Diffuses Fibroadenom der Pharynx- und Larynxschleimhaut. (Fibroadénom diffus de la mugueuse laryngienne et pharyngienne.) Von Dr. Luc. (Archives internationales du laryngologie Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 26jähriger Mann, sonst nicht krank und nie syphilitisch, zeigte diffuse Geschwülste am rechten hinteren Gaumenbogen, am Larynxeingang und an der hinteren Larynxwand. Successive Extirpation während zwei Monaten. Die microscopische Untersuchung (Dr. Dubar) ergab diffuses Fibroadenom. Seltener Fall. Dr. P. K.

Acute syphilitische Larynxstenose. Operation durch Auskratzen ohne Tracheotomie. (Stenose aigue d'origine syphilitique. Opération au moyen du currettage sans trachéotomie.) Von Dr. Luc. (Archives inter-

Digitized by Google

nationales de laryngologie, Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine 43jährige Frau hatte bedeutende Infiltration des Larynxknorpels ohne sonstige Larynxveränderungen. Resection dieser Tumoren: die microscopische Untersuchung ergab keine Tuberculose, mit welcher sie ja im laryngoscopischen Bilde hätte verwechselt werden können. Antisyphilitische Behandlung, Heilung. Solche Fälle sind jedenfalls nicht selten.

Ref. hat die gute Wirkung der Resection der Aryknorpel mittelst schneidender Zange namentlich bei Tuberculose de visu beobachtet. Nicht nur die Dyspnoe, sondern besonders die so quälende Dysphagie nahmen bei allen von mir in der Gougenheim'schen Klinik beobachteten Patienten ab. Die Heilung der gesetzten Wunden ging rasch von statten trotz der bestehenden Tuberculose. Dr. P. K.

Ueber die centripetale Leitung des nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. Von Dr. H. Burger, Amsterdam. (Berl. klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 30.)

Polemik gegen den gleichnamigen Aufsatz von Prof. H. Krause in der Berl. klin. Wochenschrift, 1892. No. 20. (Ref. in No. 6, Jahrg. XXVI dieser Monatsschrift) und Verfechtung der alten Auffassung von der primären Posticuslähmung. Hierbei weist B. auf die noch nicht veröffentlichten Versuche von Riesien Russel hin, bei welchen es diesem gelungen ist, die einzelnen Faserbündel des Recurrens am lebenden Tiere zu isoliren. Das Resultat war, daß die Abductorfasern das Vermögen electrische Impulse fortzuleiten sehr viel früher einbüßten, als die für die Adductoren bestimmten Fasern. Was die eigenen Experimente B.'s an Tieren anlangt, so bestätigen sie die Semon-Horsley'schen Angaben, und hat auch hier der Posticus p. m. früher als der Lateralis seine Erregbarkeit verloren. Auch ist es B. ebensowenig wie den Genannten gelungen, durch Reizung des centralen Recurrensstumpfes irgend welche Bewegung an den Stimmbändern hervorzurufen. Autor stellt eine Arbeit in Aussicht, in welcher er den Nachweis zu liefern gedenkt, daß der hier in Frage kommende Proceß beim Menschen eine echte primäre Posticuslähmung mit secundärer (paralytischer) Antagonistencontractur bildet und unmöglich eine primäre oder reflectorische Contractur sein kann. Beschorner.

Gutartige Geschwülste des Kehlkopfes. (Benign tumors of the Larynx.) Von Max Thorner M. D. in Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, Febr. 13. 1892.)

Mitteilung von 7 Fällen gutartiger Kehlkopfneubildungen (Fibrome), welche fast durchweg mit vollständiger restitutio ad integrum und laryngeal operirt wurden. Allgemeine Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der genannten Affection.

Beschorner.

Digitized by Google

Ueber Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. (De la dilatation de joues chez les ouvriers verriers.) Von Dr. Regnault. (Societé de Biologie de Paris, séance du 6. Novembre 1891. Semaine médicale 1891 No. 55).

Diese den Glasbläsern eigenthümliche Wangenerweiterung ist bisher wenig beachtet worden. Das Leiden kommt nur bei Arbeitern vor, welche von der frühesten Jugend an, also wo die Gewebe noch sehr dehnbar sind, das Glasblasen getrieben und selbes lange fortgetrieben haben. Hinter dieser Erweiterung der eigentlichen Wangen befindet sich eine zweite kleinere Hervorragung, welche von dem erweiterten ductus Stenonianus herrührt; des letzteren Ausführungsgang in den Mund ist ebenfalls erweitert und man kann ihn leicht mit einer Sonde sondiren.

Dr. P. K.

Tabes dorsalis und Hysterie; hemispasmus glossolabialis links. (Tabes et Hysterie; hemispasme glossolabié du coté gouche.) Von Dr. Liredey. (Société médicale des hôpitaux de Paris) Semaine médicale 1891 No. 55.

Die Lähmung war hysterischer Natur; das wurde bewiesen durch ihre Heilung durch die Suggestion in wachendem Zustande. Seither hat der Morotismus bedeutend zugenommen, ohne von der Tabes abhängig zu sein.

Dr. P. K.

Labioglosso Larynxlähmung, einseitig, in Folge von Trauma. (Paralyse labioglosso laryngie milatérale d'origine traumatique.) Von Dr. Sandford. (Semaine médicale 1892 N. 6).

Ein 27jähriger Mann wurde von einem Pferde zu Boden geworfen. In ein benachbartes Haus gebracht, wollte er trinken, aber die Flüssigkeit kam durch die Nase zurück. Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes, das Gaumensegel nach rechts, die Zungenspitze nach links abweichend. Pfeifen unmöglich, Kopf nach links abweichend. Die Muskelschmerzen vergingen, aber die Lähmungen dauerten fort. Verf. nimmt an, daß am Foramen lacerum eine Zerrung der dort austretenden Nerven stattgefunden hatte.

Dr. P. K.

Spontanes anevrysma des truncus brachiocephalicus nach der Methode von Mac Ewen behandelt. (Anévrysme spontané du tronc brachiocephalique traité par la méthode de Mac Ewen). Von Dr. Caselli. (Huitième Réunion de la société italienne de chirurgie à Rome et Semaine médicale 1891 No. 55).

Es wurde eine Nadel bis zur hinteren Wand des anevrysma eingestochen und 12 Stunden liegen gelassen; die lagernde Nadel wurde stündlich gewechselt. Am zweiten Tage schon war der Radialpuls nicht mehr zu fühlen und war der Tumor hart und resistent geworden. Nach 25 Tagen war Patient geheilt und der Tumor verschwunden. Nach acht Monaten war noch kein Recidiv eingetreten.

Dr. P. K.

Aneurysma des truncus brachio cephalicus und der carotis communis; Ligatur der Carotis communis und der subclavia; Tod nach 44 Tagen. (Anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primi-

Digitized by Google

tive; ligature de la carotide primitive et de la sousclavière; survie de quarante quatre jours). Von Dr. Le Dentu. (Société de chirurgie de Paris 1891, 7. octobre u. semaine médicale No. 50).

Ein 34jähriger Mann zeigte ein großes rechtseitiges Aneurysma an der angedeuteten Stelle, welches das Manubrium sterni, die erste Rippe und die clavicula zerstört, sowie den Larynx nach links oben und vorne verdrängt hatte. Der areus aortae schien frei zu sein. Der Radialpuls, das Pulsiren der subclavia in der fossa supra clavicularis waren deutlich zu fühlen; die carotis communis war bis zur cartilago thyroidea in dem Tumor mit einbegriffen. Die subclavia wurde außerhalb der Scaleni unterbunden, ebenso die carotis communis genau unterhalb der Teilungsstelle; der Puls in der Radialis und der temporalis hörte gleich auf, die Herzschläge stiegen von 90 auf 130 in der Minute; Bromkalium und Morphium halfen nichts dagegen; Sulfonal half und brachte auch Schlaf. Der Tumor nahm nach oben zu, die Schmerzen wurden unausstehlich, das Bersten des aneurysma schien unvermeidlich, als Patient starb.

Dr. P. K.

Fall von doppelseitiger Posticuslähmung durch Aortenaneurysma. (Paralyse double du crico-arytenoidien postérieur dans un cas d'anévrisme de l'aorte). Von Dr. Cartaz. (Arch. laryng. Juillet 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Selten. Ein 55jähriger Mann litt an aortenaneurysma mit Posticuslähmung. Während der Chloroformnarcose blieben die Stimmbänder in der Medianstellung, was jeden Spasmus auszuschließen erlaubte.

Dr. P. K.

Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. (Recherche sur la cause de l'amollissement cérébral consecutif à la ligature de la carotide primitive.) Von Dr. Lampiasi. (Huitième réunion de la société italienne de chirurgie u. Semaine médicale 1891 N. 55).

In dieser Beziehung ist die Ligatur der Carotis eine der wichtigsten Operationen der Chirurgie. V. verwirft die Theorie der Anaemie (Richet und Ehrmann) sowie die der Thrombose (Le Fort) und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. die Erweichung ist eine Folge der Embolie, 2. die Embolie bildet sich in der carotis communis durch die mittelst der ligatur verursachte Laesion der tunica vascularis und durch das Sistiren der Circulation. Daher ist es anzuraten außer der Carotis communis auch die Carotis interna zu unterbinden und den Rückstrom des Blutes aus der Carotis interna in die Carotis interna zu verhindern. So vermeidet man die Verlangsamung des Circulationsstromes und das Vorbeiströmen des Blutes an dem durch die Ligatur bedingten Entzündungsherd.

Dr. P. K.

Totale angeborne Halsfistel; Exstirpation; Heilung. (Fistule congénitale du cou; cure chirurgicale.) Von Dr. Chalot. (Société de chirurgie de Paris u. Semaine médicale 1892 N. 13).

Ein 17jähriger Mann zeigte eine angeborene Halsfistel; die äußere Oeffnung befand sich 2½ cm. über dem inneren Ende der Clavicula; Ein-

Digitized by Google

spritzung einer Lösung von hypermangansaurem Kali bewiesen, daß die innere Oeffnung sich 2 Millimeter vor dem Rande des hinteren Gaumenbogens unter der Mandel befand. Die Behandlung bestand in folgenden Operationen: 1. Die innere Oeffnung wurde mit Höllenstein genau bestimmt, cocainisirt und vernäht. 2. Der ganze unterhalb des os hyoides gelegene Teil der Fistel wurde exstirpirt. 3. Auskratzen des oberen Theiles der Fistel und Offenlassen der Wunde, welche granulirte. Heilung nach zwei Wochen. Dr. P. K.

Convulsionen nach Thyroideectomie. (Accidents convulsifs de la thyroidectomie). von Dr. Gley. (Société de Biologie de Paris. Séance du 9. Avril 1892 u. Semaine médicale 1892 N. 13.

Bei Untersuchungen über Thyroidectomie und ihre physiologischen Folgen hat Verf. gefunden, daß die Substanzen, welche die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzen, also Bromkalium und Antipyrin, auch die nach Thyroidectomie auftretenden Krampfanfälle beseitigen oder vermindern.
Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein. (Mutisme hystérique.) Von Dr. Troisier. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 8 Avril 1892 u. Semaine médicale 1892 N. 13).

Verf. theilt einen Fall von hysterischem Stummsein bei einem Manne mit, welches Stummsein nach Alcoholexcessen plötzlich eingetreten ist (Charcot). Aprastie, Wortblindheit und Worttaubheit bestanden nicht; ungestörtes Bewußtsein. Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxadenom. (Un cas d'adénome du larynx.) Von Dr. Schmiegelow. (Revue de laryngologie 1891 N. 23.)

Sehr seltene Fälle: Verf. konnte nur fünf in der ganzen Litteratur finden. Es wird oft mit Krebs verwechselt; so auch in dem vom Verf. genau beschriebenen Fall, weshalb auch die halbseitige Larynxresection ausgeführt wurde; die Diagnose wurde erst nach der Operation gestellt; Heilung; später Tod an Magencarninom. Die microscopische Diagnose an auf endolaryngealem Wege entfernten Stücken hatte zur Diagnose „Carcinom" geführt. Dieses Beispiel bestätigt von neuem die Erfahrung, daß man nicht zu frühzeitig soll die Diagnose auf das microscopische Ergebnis eines bloß teilweise exstirpirten Tumors stellen. Es ist wahr, daß in den meisten Fällen gerade das Umgekehrte von diesem Beispiele geschieht.

Das Adenom kommt nie im Kindesalter vor, meist bei Männern, Ursache unbekannt, Symptome die der Larynxtumoren im allgemeinen, Dysphagie besteht nicht, weil der Tumor nie ulcerirt.
Dr. P. K.

Catarrhalische Laryngitis durch Radfahren hervorgebracht. (Laryngite catarrhale produite par l'usage de la bicyclette, du tricycle etc. etc. etc.) Von Dr. Ragoneau. (Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Pharyngitis besteht immer dabei. Verf. schreibt diese Pharyngolaryngitis den großen Körperanstrengungen zu: Der Körper ist nach vorn über-

Digitized by Google

gebeugt, die Anstrengungen sind bedeutender als beim Gehen und Laufen, die mucosa ist einem der Schnelligkeit der Bewegungen entsprechenden erhöhten Luftdruck ausgesetzt: drei Ursachen, welche den Catarrh leicht erklären. Dr. P. K.

Blutungen bei amygdalectomie und Zahnextraction durch Anwendung des Cocains. (Hémorrhagies consécutives à l'amygdaletomie et à l'extraction dentaire attribuées à la cocaine.) Von Dr. Buisseret. (Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Der durch Cocain hervorrgerufenen Verengerung der Capillargefäße folgt eine Erweiterung derselben; diese tritt oft spät auf und deshalb sind die Blutungen auch späte; das ist unangenehm für den dann meist abwesenden Arzt; den Unterschied der Intensität der Blutung sieht man am besten, wenn man Mandeln ohne Cocain und mit Cocain herausnimmt.

Dr. P. K.

Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. (Sténose de la trachie et du larynx par compression). Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngologie et d'otologie, séance du 17. Mai 1891.)

Mediastinalkrebs mit Lungennecrose, Lungenentzündung, Pleuritis und Pericarditis bei einem 50jährigen Schornsteinfeger; der Fall ist durch das Ergebnis der Section besonders interessant. Dr. P. K.

Tracheotomie und Schlundsondenernährung. (Tracheotomie et Garage). Von Dr. Bernard. (Bulletin médical du Nord 1891 N. 18.)

Ein 4jähriger Knabe mußte wegen Croup tracheotomisirt werden. Die Wunde mit der ganzen vorderen Thoraxhälfte wurde nach einer Woche gangraenös, Allgemeinzustand sehr schlecht, Puls intermittirend und kaum fühlbar, Speisen kommen alle durch die Trachealwunde zurück. Eine durch die Nase in den Magen eingeführte Sonde (No. 15 von Charrière) diente dazu, mittelst Compressionspumpe flüssige Nahrung in den Magen zu bringen. Das Kind kam wunderbarerweise zum Leben zurück; die Canüle mußte einen Monat liegen bleiben; die Sonde konnte erst nach 25 Tagen, während welchen der Pharynx electrisirt wurde, entfernt werden.

Dr. P. K.

Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Schiffers. (Annales de société medico-chirurgicale de Liège, Novembre 1891).

Ein silbernes Zweifrankenstück blieb im oberen Teile des oesophagus eines 16jährigen, Kunststücke ausübenden Knaben stecken. Schlingbeschwerden und Angstgefühl. Nicht sichtbar, konnte er doch gefühlt werden durch die Palpation. Extractionsversuche mißlangen; Patient aß große Quantitäten Kartoffeln und nahm Ol. Ricini; nach 4 Tagen fand man das Geldstück in den faeces. Heilung. Dr. P. K.

Tod durch Cocain. (Mort par la cocaine.) Von Dr. Feryer. (Semaine médicale u. société de chirurgie de Paris 15. Décembre 1891).

Bei Hydrocele spritzt Verf. drei Eßlöffel voll einer 50procentigen Cocainlösung in die tunica vaginalis und läßt selbe, nachdem sie etwa eine

Digitized by Google

Minute in der tunica war, sorgfältig herauslaufen; dann wurde gleich die Jodtincturinjection gemacht. In einem solchen Falle spritzte der Assistent nur einen Eßlöffel voll ein, läßt denselben sorgfältig wieder herauslaufen und macht gleich darauf die Jodinjection. Nach einer Viertelstunde traten Koma mit Krämpfen abwechselnd, Pupillendilatation, schneller Puls, Blässe des Gesichtes, Tod nach 15 Minuten. Richardière, welcher die Section vornahm, berichtet, daß dieses der elfte Fall sei, den er secirte. Der pathologische Befund ist immer derselbe; Congestion der Meningen und der Lungen. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Montavano. (Bolletino delle Malattie della Gola u. Revue de laryngologie 1892. N. 22).

Ein 34jähriger Geisteskranker bekam ein Stück Apfel in den Larynx. Tracheotomie nach der schnellen de St. Germain'schen Methode, um der drohenden Erstickung vorzubeugen. Munddilatator angelegt, das Apfelstück mittelst Kehlkopfpincette durch den Mund aus dem Larynx entfernt. Heilung per primam. Dr. P. K.

Blutegel im Larynx. (Sangsue dans le larynx.) Von Dr. C. Aubert. (Bulletin médical de l'Algérie Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein Blutegel wurde mit einem Glas Wein verschluckt; durch Blutaufsaugen war derselbe während sieben Tagen bis zur Dicke eines Bleistiftes und zur Länge von 4 Centimetern angewachsen. Stechen im Larynx, Erstickungsanfall, Blutbrechen, Astomie, Fahnengeräusch (Bruit de drapeau, zuerst von Nélaton bei beweglichen Fremdkörpern im Larynx angegeben; der Ref.) waren die ersten Symptome. Die laryngoscopische Untersuchung ergab drei Blutegelstiche an der hinteren Rachenwand, auf dem linken Aryknorpel und auf der Epiglottis. Man bemerkte den Blutegel abwechselnd auf der hinteren Larynxwand, auf der Glottis und der vorderen Trachealwand. Tracheotomie. Extraction. Heilung.
Dr. P. K.

Fremdkörper der Trachea durch Tracheotomie entfernt. (Corps étranger de la trachie extrait par la trachéotomie.) Von Dr. Montaz. (Société de chirurgie de Paris, séance Mai 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 13jähriges Kind hatte einen kupfernen Ring verschluckt; Anfall von Dyspnoe und dann Ruhe; nach neun Monaten machte die von neuem eintretende Dyspnoe die Tracheotomie nötig. Der Fremdkörper saß in der Höhe der Stimmbänder und war durch Schleimhautfalten festgehalten; letztere mußten bei der Operation entfernt werden, ehe man den Fremdkörper fassen konnte. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étranger dans les voies aériennes.) Von Dr. Charazac. (Annales de la Polichnique de Toulouse, Novembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine Frau hatte eine Nadel in der Trachea; tiefe Tracheotomie, Heilung. Ein 5monatliches Kind hatte das Kreuz eines Rosenkranzes ver-

Digitized by Google

schluckt; Fremdkörper lag am Larynxeingang; mittelst Zange endolaryngeal entfernt. Dr. P. K.

Ein Fall von Luftkropf. (Un cas de goitre aérien). Von Dr. Pellegrini. (La Riforma medica u. Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Beim Schnäuzen bekam ein 29jähriger Mann links unter dem horizontalen Unterkieferbeinast eine Geschwulst, welche bei Druck zischte und verschwand. Es bestand jedenfalls eine schleichend verlaufende Entzündung der tiefen Gewebe der betreffendea Halsseite. Verf. nimmt eine Eröffnung dieser lange bestehenden Infiltration in die Luftwege an und so sei eine fortbestehende Verbindung entstanden. Dr. P. K.

Farbige Geschmacksempfindung. (Gustation colorée.) Von Dr. Déjerine. Bulletin médical Novembre 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 23).

Gewisse Töne bringen durch Reizung der Gehirnnerven im Auge gewisse Farbempfindungen hervor, ohne daß die betreffenden Farben vor dem Auge stehen. Dr. Sollier berichtet über Lichtempfindungen im Auge, welche nicht von einem Reize der Gehirnnerven, sondern von einem Reize der Geschmacksorgane herrühren. Der Fall betrifft eine neurasthenische Frau; verschiedene Geschmacksempfindungen brachten auch verschiedene Farbeempfindungen, aber immer dieselben hervor.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprunges. (Sur un cas de Dysphagie probablement d'origine corticale.) Von Fr. Abate. (Archivi ital. di laryngologia Octobre 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 23).

Infolge eines Trauma auf dem Kopf mußte ein 18jähriger Mann während 13 Tagen mit der Sonde ernährt werden. Der faradische Strom brachte in 5 Tagen Besserung und in 9 Tagen Heilung.

Dr. P. K.

Uebertragung der Tuberculose durch Wanzen. (Tuberculose produite par de punaises.) Von Dr. Dewèvre. (Revue de médecine 1892 N. 4.)

Ein von Verf. behandelter Patient war von seinem verstorbenen Bruder angesteckt worden. Isolirung des Kranken und Desinfection des Zimmers; Tod nach 5 Monaten. Desinfection des Krankenzimmers und des ganzen Bettzeuges. Nach 8 Monaten bekam der jüngere, vorher immer gesund gewesene und das gründlich desinficirte Zimmer bewohnende Bruder Tuberculose. Das betreffende Zimmer war voll Wanzen und der Patient war fortwährend von Wanzen gestochen. 30 Wanzen wurden gefangen und auf Meerschweinchen geimpft; alle drei Meerschweinchen gingen an allgemeiner Tuberculose zu Grunde. Mit der verdünnten und filtrirten Pulpa von 50 Wanzen konnten reiche Culturen von Tuberkelbacillen hervorgebracht werden. 60 pCt. der eingefangenen Wanzen waren tuberculös. Gesunde Wanzen wurden mit tuberculösem Sputum in Contact gebracht, und nach einigen Wochen lieferten diese Wanzen reiche Tuberkelbacillen-Culturen. Wanzen können also tuberculös vom Menschen inficirt werden.

Digitized by Google

Da der letzte Patient erst 8 Monate nach dem Tode seines Bruders erkrankte, muß man annehmen, daß die Wanzen wenigstens 8 Monate lang die Tuberkelbacilleu lebend zu erhalten vermögen.

Jedenfalls zeigt diese Beobachtung einen wichtigen hygienischen Fingerzeig bei den wegen Tuberculose vorgenommenen Desinfectionsmaßregeln. Dr. P. K.

Chloroform bei Tracheotomie. (Du Chloroforme dans la trachéotomie.) Von Dr. P. Geffrier. (Revue de chirurgie Décembre 1890 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. empfiehlt das Chloroform aus philantropischen und practischen Rücksichten. Eine sehr vorgeschrittene Cyanose (Chloroform ist dann unnötig) und auffallendes expiratorisches Pfeifen (in diesem Fall ist der spasmus gering und das Hindernis ist durch Membranen und Pfröpfe bedingt) sind die einzigen Contraindicationen. (?)

Dr. P. K.

Experimentelle Studien über die Fractur der Larynxknorpel etc. (Recherches expérimentales sur la fracture de cartilage cricoide etc.) Von Dr. Zilgien. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Experimentelle und kritische Studie. Das Experiment stimmte mit den Thatsachen überein. Kritisch kommt Verf. zu dem Schlusse, daß der Tod nicht durch Aspiration der Fragmente, sondern besonders durch das fortschreitende entzündliche Schwellen eintritt; den schädlichen Einfluß des Empyems erwähnt er nicht. Practisch stimmt er mit den Chirurgen überein, daß die ohne Rücksicht schnell ausgeführte Tracheotomie therapeutisch geboten ist. Dr. P. K.

Fractur der Cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. Tod. Section. (Un cas de fracture du cartilage thyroide et cricoide et de la trachea.) Von Dr. Zilgien. (Revue médicale de l'Est Novembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Fall direct mit der Halsvorderfläche auf einen schwer belasteten Wagen. Tod in 26 Stunden. Dr. P. K.

Hysterie, Spasmus laryngeus mit Asphyxie, Tracheotomie. (Hystérie, Spasme laryngé avec asphyxie, trachéotomie.) Von Dr. Muselier. (Gazette médicale de Paris 1891 Octobre und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine 23jährige Frau mußte der oben genannten Ursache wegen zweimal die Tracheotomie aushalten. Nach Verf. Ansicht war die Operation in keinem der beiden Fälle zu vermeiden. Seltene Fälle.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Aprittyria mit agraphie. (Aprittyria avec agraphie.) Von Dr. Lépine. (Revue de médecine Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Seltene Combination. Charcot führt nur einen Fall an. Laryngoscopische Untersuchung fehlt leider.

Dr. P. K.

Physiologische Form und Weite der Trachea. (La forme et le calibre physiologique de la trachée.) Von Dr. Legars. (Revue de chirurgie Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No 1.)

Die Rolle des hinteren knorpellosen Teiles der Trachea ist eine wichtige; continuirliche Contraction im Zustand der Ruhe; Erweiterung und Verlängerung beim Schreien, Singen etc; Annäherung des hinteren an den vorderen Teil bei absoluter Ruhe; Erweiterung nach dem Tode. Diese permanente Contraction ist practisch wichtig nach einer ausgeführten Tracheotomie, indem man genötigt ist, eine engere Canüle einzulegen.

Dr. P. K.

Physiologie der Stimme und Erweiterung der Trachea bei Sängern. (Physiologie de la voix et dilatation de la trachée chez les chanteurs.) Von Dr. Nicaise. (Académie de médecine Juillet 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die Trachea spielt eine active Rolle beim Singen; selbe erweitert und verlängert sich beim Inspirium, hilft also den Inspirationsmuskeln im Momente der Tonbildung. Erkrankungen der Trachea schaden demnach der Stimmbildung sehr, ebenso der Intensität und der Klangfarbe. Der Mißbrauch der Singstimme kann auch bleibende Erweiterung der Trachea nach sich ziehen.

Dr. P. K.

Gummata der Mandeln. (Gomme syphilitique des amygdales.) Von Dr. Natier. (Annales de Policlinique de Paris 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Seltene Fälle. Schwer zu erkennen, bevor Ulceration eingetreten ist. Die frühzeitige Diagnose ist aber wichtig wegen der darunter gelegenen Blutgefäße. Das Auftreten der Krankheit auf einer Seite, das Fehlen der geschwollenen Halsdrüsen, des Fiebers und der Schmerzen genügen nicht zur Differentialdiagnose. Das Angeschwollensein des weichen Gaumens und der Uvula an der betreffenden Seite fehlen nie.

Dr. P. K.

Spaltung der Mandeln. (Discision des amygdales.) Von Dr. Gampert. (Gazette des hôpitaux Septembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. giebt in seiner Inauguraldissertation die Methode der Mandelspaltung; die Crypten werden so offen an den Tag gelegt und ihr Inhalt entfernt; Verf. bedient sich eines stumpfen und eines spitzen Häkchens. Diese Methode sei der Amgydalotomie und der Igniipunctur vorzuziehen; es seien bis zu zehn Sitzungen nötig; nach jeder Sitzung gurgeln mit Borsäure oder Jodlösung.

Digitized by Google

Verf. weiß wahrscheinlich nicht, daß seine Methode des Werts der Neuigkeit entbehrt, weil diese Methode bereits vor drei bis vier Jahren von Moritz Schmidt empfohlen wurde; letzterer bedient sich einfach eines von den Ophtalmologen angewandten Schielhäkchens. (Der Ref.)

Dr. P. K.

Behandlung des Kropfes mittelst Jodoformaether. (Traitement des goîtres par l'èther jodoformé.) Von Dr. Dury. (Annales de la société medico-chirurgicale de Liège 1892 No. 6.)

Jodoform in Aether aufgelöst bietet alle die Vortheile, welche man von Jod auf die parenchymatösen Kröpfe erwarten kann: Jodreichtum, große Toleranz der Gewebe, das Jod wird nur langsam abgegeben und ist seine Wirkung demnach nachhaltiger; Verf. wendete 10 proc. Lösung an, sticht gleich die Nadel allein bis an die untere Grenze des Tumors ein, fixirt dann erst die gefüllte Spritze auf die Nadel und spritzt 2 bis 3 Tropfen ein; dann zieht er die Spitze der Nadel ein wenig nach rückwärts und giebt ihr eine andere Richtung, worauf er wieder 2 bis 3 Tropfen einspritzt; so verfahrend spritzt er den ganzen Inhalt der Pravaz'schen Spritze in die verschiedensten Theile des ganzen Tumors ein. Wichtig dabei ist, daß man von Zeit zu Zeit eine kleine Pause macht, damit die Verdünstung des Aethers, welche ja bei der Körpertemperatur schon eintritt, keine zu große Spannung hervorruft; andererseits hat dieses Spritzen des bei der Körpertemperatur schon kochenden Aethers die Eigenschaft, das Jodoform in die Gewebe hinein zu bringen. Die Operation ist schmerzlos; das Treffen eines Blutgefäßes ist ein unbedeutender Zufall, weil immer nur 2—3 Tropfen injicirt werden. Verf. hat 43 Fälle geheilt. Nie kommt entzündliche Reaction, höchstens haben die Patienten das Gefühl der Spannung. Es werden je nach der Größe des Tumors in einer Sitzung 1—6 Gramm Flüssigkeit eingespritzt. Es soll wegen der langen Dauer der Wirkung blos alle 2—3 Monate eingespritzt werden.

Dr. P. K.

Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei Influenza. (The symptoms and pathological changes in the upper air passages in Influenza.) Von J. Solis-Cohen. M. D. Philadelphia. New York med. Journ. 1892. März 26.

Verf. führt die von anderen Autoren veröffentlichten Ansichten und Beobachtungen an. Er beschreibt, daß er auch das feuchte, gedunsene Aussehen der Schleimhaut gesehen, namentlich auch die Schwellung unter dem Unterkiefer, welche der Agina Ludovici sehr ähnlich sein soll, ferner Lähmungen, denen nach Diphtherie sehr gleichend. Durch die Gefäßverbindungen nach dem Gehirn seien die auffallenden Fälle von Meningitis zu erklären und durch die venöse Stauung ein Teil der nervösen Symptome. Verf. hat zwei Fälle beobachtet, in welchen die Influenza einen höchst günstigen Einfluß einmal auf ein Carcinom des Gaumens bei einem Achtziger und einmal bei einer hochgradig in Kehlkopf und Lungen erkrankten phthisischen Kranken gehabt. Beide wurden geheilt! Verf. führt dann an, daß er auch einige Fälle gesehen, in welchen ein Erysipel denselben günstigen Einfluß auf Tuberculose, Syphilis und Carcinom gehabt habe. Er habe sich aber noch nicht getraut, dasselbe in

Digitized by Google

Fällen von diesen Krankheiten im Halse einzuimpfen, es aber seinen chirurgischen Collegen für Fälle von Krankheiten dieser Art auf den äußeren Bedeckungen des Körpers empfohlen.

Dr. Moritz Schmidt.

Retropharyngealer Abscess bei einem Kinde, Tracheotomie, Einschnitt, Heilung. (Retropharyngeal abscess in a child, tracheotomy, incision, recovery.) Von Albert Carless, London. Lanc. 1892, August 27.

Verf. erwähnt erst einen Fall von Taylor, in welchem der durch Caries verursachte Absceß bis zu dem Zwerchfell reichte, einen weiteren von Gray, in welchem Tracheotomie wegen der Athemnot gemacht wurde, ehe der Absceß entdeckt worden war, und einen von Mackenzie, in welchem nachher eine secundäre Erkrankung des Ringknorpels sich entwickelte. Verf.'s Fall betraf ein 19 Monate altes Kind, welches mit größter Athemnot in das Hospital aufgenommen, nachdem es schon einige Tage in einem anderen Hospitale wegen eines Hustens behandelt worden war, wobei offenbar die richtige Diagnose nicht gestellt wurde. Die Eröffnung geschah von außen durch einen Einschnitt hinter dem linken Sternocleidomastoideus. In zwei Wochen wurde das Kind geheilt entlassen. Verf. spricht sich zu Gunsten dieser Eröffnungsmethode aus, worin er gewiß recht hat bei größeren Abscessen. Man geht zwischen dem hinteren Rande des Sternocleidam-astoideus und den Procc. transvv. der Wirbel ein.

Prof. M. Schmidt.

Gastrotomie wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von vier Jahren. (Gastrotomy for Stricture of the oesophagus at the age of four.) Von Mr. Clutton. Lanc. 1892, Juni 4.

Ueber den Fall wurde in der clinical society of London berichtet. Die Strictur entstand durch Trinken von kaustischer Soda. Nach der Operation wurde der natürliche Weg durch Bougieren wiederhergestellt.

Dr. Moritz Schmidt.

Notiz.

Unser geehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Onodi in Budapest, welcher von der königl. ung. Academie der Wissenschaften mit der Ausarbeitung einer Monographie über Physiologie und Pathologie der Innervation des Kehlkopfes betraut ist, läßt hiermit an die geehrten Herren Collegen, welche über dieses Thema gearbeitet haben, die Bitte ergehen, ihm die Werke oder Journale einzusenden oder namhaft zu machen, wo ihre Arbeiten erschienen sind. Adresse: Budapest, Altgasse 12.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Cholewa: Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen. (Schluss). — E. Schwartz: Zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. — Demme: Zwei seltene Geschwülste der Mundhöle. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Grünwald: Therapie der Gehörgangsfurunkel. — Cohn: Nystagmus bei Ohraffektionen. — Gellé: Eiterige Otiti . — Baratoux: Parasitäre Otitis externa. — b) Rhinologische: Strazza: Rhinitis caseosa oder cholesteatomosa. — Aronsohn: Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. — Heymann: Gutartige Geschwülste der Highmorshöhle. — Thorner: Soor des Rachens als Begleiterscheinung der Influenza. — Schiffers: Nasenstein. — Simanovski: Deviation der Nasenscheidewand. — Spicer: Medicinische Cylinder für die Nase. — Berlioz: 4 Nasensteine. — Luc: Doppelter submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprungs. — Le Roy: Schleimpolyp in der Nase eines Neugeborenen. — Lubert-Harbon: Störungen durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. — Dèlie: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. — c) Pharyngo-laryngologische: Jacob: Abcess der hinteren Trachealwand. — Peter: Larynxentzündungen bei Typhus. — Luc: Diffuses Fibroadenom der Pharynx- und Larynxschleimhaut. — Luc: Acute syphilitische Larynxstenose. — Burger: Ueber die centripetale Leitung des nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Thorner: Gutartige Geschwülste des Kehlkopfes. — Regnault: Ueber Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. — Liredey: Tabes dorsalis und Hysterie. — Sandford: Labioglosso Larynxlähmung. — Caselli: Spontanes anevrysma des Truncus brachiocephalicus. — Le Dentu: Aneurysma des truncus brachiocephalicus und der Carotis communis. — Cartaz: Fall von doppelseitiger Posticuslähmung. — Lampiasi: Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. — Chalot: Totale angeborene Halsfistel. — Gley: Convulsionen nach Thyroidectomie. — Troisier: Hysterisches Stummsein. — Schmiegelow: Ein Fall von Larynxadenom. — Ragoneau: Laryngitis durch Radfahren. — Buisseret: Blutungen bei Amygdalectomie, Zahnextraction durch Cocain. — Schiffers: Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. — Bernard: Tracheotomie und Schlundsondenernährung. — Schiffers: Fremdkörper der Speiseröhre. — Feryer: Tod durch Cocain. — Montavano: Fremdkörper im Larynx. Aubert: Blutegel im Larynx. — Montaz: Fremdkörper der Trachea durch Tracheotomie entfernt. — Charazac: Fremdkörper in den Luftwegen. — Pellegrini: Ein Fall von Luftkropf. — Déjérine: Farbige Geschmacksempfindung. — Abate: Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprungs. — Dewèvre: Uebertragung der Tuberculose durch Wanzen. — Geffrier: Chloroform bei Tracheotomie. Zilgien: Experimentelle Studien über die Fractur der Larynxknorpel. — Zilgien: Fractur der cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. — Muselier: Hysterie, Spasmus laryngeus mit Asphyxie. — Lépine: Aprittiria mit Agraphie. Legars: Physiologische Form und Weite der Trachea. — Nicaise: Physiologie der Stimme. Natier: Gummata der Mandeln. — Gampert: Spaltung der Manteln. — Dury: Behandlung des Kropfes mittelst Jodoformether. — Solis-Cohen: Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei Influenza. — Carless: Retropharyngealer Abscess bei einem Kinde. — Clutton: Gastrotomie wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von 4 Jahren. — III. Notiz — IV. Inserat.

INSERATE.

Medicinischer Verlag von Boas & Hesse, Berlin N.W. 6.

Soeben erschien in unserem Verlage:

Tafel des menschlichen Gehörorganes

in Farbendruck und mit erklärendem Text von

Dr. med. G. Sandmann

Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten in Berlin.

Preis 12 Mark.

Die Tafel zeigt das menschliche Gehörorgan in 14-facher Vergrösserung. Der Text bildet einen Arbriss der Anatomie des menschlichen Gehörorgans.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung des In- und Auslandes, sowie von der Verlagsbuchhandlung

Berlin N.W. 6.
Luisenstr. 42, Eingang Karlstr.

Boas & Hesse
Specialgeschäft für Medicin.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Kelter** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.) Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart) Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, October 1892.** **No. 10.**

I. Originalien.

Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterung.

Von

C. Ziem.

I. Daß man bei Abscessen in der Umgebung des Ohres zunächst eine tüchtige Incision zu machen hat, ist selbstverständlich; es fragt sich nur, was dann weiter geschehen soll. Ueber diesen Punkt findet man noch in der allerneuesten Zeit sehr verschiedene Ansichten. Roosa z. B. läßt nach dem Einschneiden Kataplasmen auflegen und die Oeffnung kürzere oder längere Zeit, oft Monate lang offen erhalten, nach J. Gruber hingegen wird nach Entleerung des Eiters die Abceßhöhle mit einer antiseptischen Flüssigkeit ausgewaschen, dann ein Drainrohr eingeführt und ein Compressionsverband angelegt, der zugleich eine expulsive Einwirkung anf den Eiter ausüben soll und 24 Stunden oder noch länger liegen bleibt. Bei profuser Eiterung allerdings kann man auch nach Gruber geeigneter Verbandwässer öfters nicht entbehren. Ohne Weiteres ist einzuräumen, daß das Verfahren Gruber's den auf den übrigen Gebieten der Chirurgie geltenden Grundsätzen entspricht. Bei allen Phlegmonen wird ja noch jetzt in ausgiebiger Weise drainirt und selbst H. Schmidt in Stettin, der im Anschlusse an Neuber und andere Chirurgen die Wunddrainage für

Digitized by Google

von vornherein aseptische Wunden, besonders also für unter antiseptischen Maßregeln angelegte Operationswunden für überflüssig oder selbst schädlich erklärt, hält die Drainage doch für die Wunden für unerläßlich, bei welchen es von vornherein um Eiterung und möglichst schnelle Begrenzung der zerstörenden Wirkung einer solchen sich handelt.

Wenn aber Schmidt an einer andern Stelle seiner lesenswerthen Abhandlung sich dahin äußert, daß „auch unter den günstigsten Verhältnissen, wo die Wunden so gestaltet sind, daß durch Einlegen von Röhren das sich bildende Wundsecret, wie es auch sein mag, directen Abfluß haben kann, entsprechend dem natürlichen Abfalle, doch die durch den antiseptischen Verband ausgeübte Compression es sehr fraglich erscheinen lassen müsse, ob nicht ebenso wie die Wunden selbst, so auch die Röhren comprimirt werden und dadurch die Möglichkeit der erwarteten Leistung von vornherein ausgeschlossen sei", daß thatsächlich „in der Zeit der noch nicht sicheren Asepsis der Absceß trotz der Röhren oft hart hinter dem Ende derselben begann nnd eben nicht so freundlich war, durch die Röhren sich ableiten zu lassen" —, so müssen diese Verhältnisse offenbar doch auch für bereits inficirte, für eiternde Wunden von Bedeutung sein: eine Compression des Gummiröhrchens durch den Druckverband wird natürlich auch dann stattfinden können, wenn dasselbe in eine Abceßhöhle eingelegt ist. Aus diesem Grunde also müßte man einfache, oder zur Beruhigung des Gewissens irgend ein Antisepticum enthaltende Muslinstreifen zur Einleitung der Drainage den Hohlröhren vorziehen, wie das ja auch Schmidt und ebenso, für das hier besonders interessirende Gebiet, Urbantschitsch thut. Aber mit vollem Rechte hebt Schmidt weiter hervor, daß es bei profuser Eiterung nicht mehr um den länger liegenden antiseptischen Verband, als vielmehr um häufigen Wechsel desselben sich handelt und daß an die Stelle des Compressionsverbandes, dann der täglich 1 oder 2mal zu wechselnde, feuchte antiseptische Verband zu treten habe und in diesen Fällen hat nach Schmidt eine umsichtige und mehrfache Drainage „ihren vollsten und lebensrettenden Werth." Setzt man für das Wort Drainage noch den richtigeren, der Sache mehr entsprechenden Ausdruck „Offenerhalten" der Wunde ein, so kann man den Ausführungen Schmidt's ja beistimmen; gewiß werden viele, auch paraauriculare, Abscesse in der hier geschilderten Art und Weise zu mehr oder weniger schneller Heilung gebracht werden können. Aber dasselbe ist, wenigstens in der Privatpraxis, auch noch auf andere Art und Weise zu erreichen, ohne daß man Jodoformmuslin und dergleichen in die Wunde eingeführt hätte. Tausende und Tausende von Wunden sind ohne Jodoformgaze und Jodoformdocht geheilt worden und werden auch in der Zukunft, wenn man Jodoformgaze und Jodoformdocht vielleicht nur noch dem Namen nach kennt, ohne derartige im Grunde genommen, doch recht künstliche Verbandmittel zur Heilung kommen können. Auch in den der Cultur noch nicht erschlossenen Gegenden, wie z. B. in Centralafrika gelangen nach Schweinfurth's Berichten Abscesse zu schneller Heilung; in Gegenden also, wo Jodoform, Jodol, Sozojodol, Thiol, Lysol, Dermatol und wer weiß was sonst noch, kurz der ganze antiseptische Apparat unbekannte Dinge sind. Hat ferner doch auch einer der bedeutendsten Chirurgen dieses Jahrhunderts, N. Pirogoff, nach seinem eigenen Geständnisse, allerdings in der vorantiseptischen Zeit, die glücklichsten Resultate während seiner ganzen ärztlichen Laufbahn,

Digitized by Google

nicht in palastartigen Krankenhäusern, sondern auf dem Lande, auf seinem Gute in Podolien erzielt, unter Verhältnissen, wo der Operation eine sorgfältige Nachbehandlung nur selten folgen konnte, wo die von weit her zusammenkommenden Kranken in Bauernhäusern oft ursprünglichster Art Unterkunft fanden und manchmal Tagelang ohne Verbandwechsel verblieben. Unter ein paar Hundert bedeutenden Operationen, wie Amputationen, Resectionen, Steinschnitte, Exstirpationen von Geschwülsten, Plastiken etc., die Pirogoff im Verlaufe von anderthalb Jahren dort ausgeführt, hat er nicht ein einziges Mal Erysipel oder Pyämie beobachtet und überhaupt nur einen Operirten und zwar nach einer Lithotripsie verloren.

Schon seit d. J. 1882 habe ich bei der Behandlung von Phlegmonen der Extremitäten, von Abscessen der Brustdrüse, des Perinaeum, des Rückens, Nackens, Halses, der Lider und Gesichtshaut sowie der parauriculären Gegend des folgenden, wie mir scheint, sehr einfachen Verfahrens mich bedient, das auf die Anwendung des Honigs als erweichenden und zusammenziehenden Mittels in der leider viel zu wenig berücksichtigten Volksmedicin vornehmlich bei „Wurm" an den Fingern, bei Panaritien sich gründet. Man läßt einen Theelöffel voll rohen, nicht gereinigten Honigs mit 1—1½ Theelöffel Roggenmehl zu einem steifen Brei zusammenkneten, streicht denselben dann auf einen leinenen Lappen recht dick, bis fingerdick auf und umwickelt oder bedeckt die erkrankten Stelle, im vorliegenden Falle also die ganze Ohrgegend hiermit; darüber kommt eine tüchtige Lage Watte und eine Binde oder ein dreieckiges Tuch. Nach 5 oder 6 Stunden wird der Brei mit warmem Seifenwasser abgewaschen und dann von Neuem verbunden. Man fährt so fort, bis deutliche Fluctuation vorhanden ist. Nun macht man eine recht breite Incision, schwemmt ohne die Wundränder mit den Fingern zu quetschen, mittelst der Mayer'schen Druckpumpe und warmer Borax- oder Seifenlösung den Eiter möglichst gründlich heraus und legt die Honigpaste von Neuem auf, um sie nach 6 Stunden oder etwas später abermals zu erneuern. So fährt man ein paar Tage fort, worauf der Abceß meistens geheilt ist.

Hierzu ist noch Folgendes zu bemerken.

1. die Wirksamkeit des Verfahrens beruht darauf, daß a) der Verband sich sehr allmählig erwärmt, wobei der Infiltration oder dem Abscesse in gleichmäßiger und stetiger Weise Wärme entzogen wird, mehr gleichmäßig und stetig, als dies bei andern, auch bei den Prießnitz'schen Umschlägen der Fall ist. Will man überhaupt durch Einwirkung von Wasser oder Eis Wärme entziehen, so ist es bei Weitem besser, dies durch Vermittelung eines auf die Haut aufgelegten und liegen bleibenden nassen Tuches zu thun, das dann seinerseits, entweder durch aufgelegte Wechselcompressen oder durch Eisbeutel kühl gehalten wird, worauf zuerst wohl Winternitz aufmerksam gemacht hat, dessen bei Krankheiten des Kopfes angewendete Kühlklappe das Vorbild für die von Politzer, Schwartze u. a. A. bei Periostitis mastoïdea empfohlenen Leiter'schen Kühlröhren gewesen ist. Aber vor diesen wie auch vor den feuchtwarmen Umschlägen, die bei Periostitis mastoidea von Heineke, z. Th. auch von Urbantschitsch empfohlen, von Anderen aber ohne Weiteres verworfen werden, hat das in Rede stehende Verfahren den Vorzug nicht nur der viel größeren Einfachheit, sondern auch der erheblich größeren Annehmlichkeit, wie man das ge-

Digitized by Google

legentlich einer Abscessbildung an dieser oder jener Körperstelle am Besten und eindringlichsten an sich selbst feststellen kann. Viele Kranke haben mir angegeben, daß die Application der Paste eine so recht beruhigende Einwirkung ausgeübt hat, die bei Anwendung von Wasser in dieser oder jener Form oder bei Kataplasmen zuvor nicht vorhanden gewesen war. Am ehesten noch ist das Verfahren der durch Auflegen von nassem Lehm, z. B. bei Orchitis erzielten stetigen Wärmeentziehung zu vergleichen, es ist aber in entsprechenden Fällen wirksamer als das letztere, weil bei ersterem noch hinzukommt

b. die wasserentziehende Wirkung, welche der Zucker auf die seröse oder eitrige Infiltration der Gewebe ausübt. Daß diese Ansaugung bei einer schon vorhandenen Trennung der Continuität der Hautdecke wirklich eintritt, ist wohl zweifellos und es findet hierbei also auch eine Art von capillarer Drainage der Abscesshöhle statt, was einer meiner Kranken einmal recht treffend als ein „Heraussiebern" bezeichnet hat, — ob aber auch bei nicht getrennter Haut, durch die Poren derselben hindurch, ein derartiges Ansaugen stattfinden kann, ist mir nicht bekannt. In jedem Falle ist durch dieses wasserentziehende Moment ein wesentlicher Unterschied auch gegenüber der Wirkung der Salben zugegeben, die als Kühlmittel ja so oft vortreffliche Dienste leisten, bei vorhandener Eiterung aber fast immer sehr ungünstig einwirken, — dadurch nämlich, daß sie durch Verstopfung der Poren das Zurückhalten des Wassers oder des Eiters in dem Gewebe begünstigen, wovon ich erst in diesen Tagen bei einer eiternden und mit starkem Oedem der Umgebung verbundenen Wunde des Oberlides mich überzeugt habe, die dann bei Anwendung der Honigpaste mit geradezu überraschender Schnelligkeit zur Ausheilung gelangt ist.

2. Man nehme rohen, ungereinigten Honig, der wirksamer ist als das mel depuratum der Apotheken. Man destillirt, rectificirt, purificirt und corrigirt da an manchen Sachen so viel herum, bis von dem Ursprünglichen, an und für sich Guten, nicht viel oder nichts mehr übrig geblieben und statt einer Verbesserung eine Verschlechterung des Präparates eingetreten ist, was bezüglich des Glycerin der Apotheken schon E. Senger in Crefeld gefunden hat und was auch für das mel depuratum zutrifft, das sowohl an seinen feinen aromatischen und antiseptischen Bestandteilen als besonders auch an seiner bekanntlich gleichfalls antiseptischen Ameisensäure oft wesentlich eingebüßt hat und dann nicht viel mehr als eine Zuckerlösung darstellt.

3. Es ist von Bedeutung, den Verband mit einer dicken Schicht Watte zu umgeben, da die Abkühlung sonst eine zu starke wird. Manchmal zur Beobachtung kommendes Reißen bei Anwendung der Paste dürfte auf dieses Versehen zurückzuführen sein, so wie ich das erst neuerdings in einem sehr überzeugenden Falle einmal beobachtet habe. Andere Male traten Schmerzen und Spannung auf, wenn

4. der Verband zu lange gelegen hat und angetrocknet ist, so daß die Wundränder, sofern eine Incision schon gemacht, an einanderkleben und ein Absickern des Eiters gehemmt ist.

5. Mit der Incision warte ich seit einigen Jahren stets so lange, bis Fluctuation vorhanden ist, nicht nur deshalb, weil manche Personen einen Einschnitt, bei welchem Eiter sich nicht entleerte, doch recht übel vermerken, sonder auch deshalb, weil so manche Anschwellungen der regio

Digitized by Google

mastoidea unter Einwirkung dieses Verbandes sich zurückbilden. Das habe ich erst kürzlich wieder bei einem Arbeiter der hiesigen K. Werft gesehen, wo in Folge einer auf trockenem Wege behandelten acuten Mittelohreiterung eine Periostitis mastoid. sich eingestellt und zu starker Abdrängung der Ohrmuschel Veranlassung gegeben hatte, unter Verhältnissen also, wo man nach Schwartze's Erfahrung mit der Incision nicht zögern soll, selbst wenn Fluctuation noch fehlt. Andererseits ist es für mich nicht recht verständlich, aus welchem Grunde man bei schon bestehender Fluctuation anstatt zu incidiren, noch Kälte und Jodanstrich anwendet, wie das in einigen bei Urbantschitsch angeführten Fällen und noch dazu mit günstigem Erfolge geschehen ist.

6. Auch ohne Incision gelangen bei Anweindung der Paste manche Abscesse und zwar durch Selbstentleerung zur Ausheilung aber durch eine Incision wird der Proceß offenbar sehr abgekürzt. Außerdem kann man im letzteren Falle, bei breiter Eröffnung, die Eiterhöhle viel gründlicher ausschwemmen, worauf besonderer Wert zu legen ist.

7. Die Kranken bleiben während der Abscedirung am Besten in gleichmäßiger (Zimmer) Temperatur, sind sie aber gezwungen, vornehmlich zum Zwecke des Verbandwechsels über die Straße zu gehen, dann müssen sie gegen die Einwirkung von Kälte oder Zug auf die erkrankte Partie sich gehörig schützen.

8. Was nun die Erfolge betrifft, so wurde gleich bei dem ersten Kranken, den ich vor jetzt mehr als 9 Jahren so behandelt, eine ausgezeichnete Wirkung erzielt. Es war das der Zimmermann D. in Hamburg, der mit starker Eiterung des Mittelohres, Schwellung und Druckempfindlichkeit der Hinterohrgegend Mitte December in meine Behandlung getreten ist und bei welchem ich zuerst glaubte, daß eine Eröffnung des antr. mastoid. nothwendig werden würde; aber schon bald stellte sich heraus, daß Letzteres abkömmlich sei und bereits zu Weihnachten war der Kranke so zu sagen über den Berg, um dann bald ganz hergestellt zu sein. Von besonderem Interesse bei diesem Falle war noch, daß Durchspülungen des Mittelohres gar nicht, die Ausspülungen vom äußeren Gehörgange aus, in recht primitiver Weise, d. h. mittelst einer Stempelspritze von mir gemacht worden sind, so daß der Hauptantheil bei dem Erfolge offenbar der Anwendung der Paste zukommt. Dasselbe war in dem Falle des Arbeiters N. der hiesigen Gewehrfabrik zu constatiren, den ich im Juni 86 in seiner Behausung behandelte, nachdem er 14 Tage lang mit Kataplasmen traktirt worden war, ohne daß jedoch die heftigen Schmerzen in und hinter dem Ohre nur im geringsten nachgelassen hätten und bei welchem ich dann eine sehr starke, mit Pulsation verbundene Eiterung des Mittelohres und Schwellung in der regio mastoidea vorfand; sofort mit dem ersten Auflegen der Paste ließen die Schmerzen nach und nach etwa 8 Tagen war der Kranke soweit gebessert, daß er auf das Land zu seinen Verwandten gehen konnte, ist dort dann aber ganz plötzlich und unerwartet gestorben. Noch in anderen Fällen wurden Durchspülungen des Mittelohres mittelst des Katheters nicht vorgenommen, z. B. bei dem Gutsbesitzer T. aus der Gegend von Mewe, der mit heftigsten Schmerzen in und hinter dem Ohre, mit starker Schwellung der Schleimhaut des Mittelohres und der Hinterohrgegend und perforirtem Trommelfelle im Juli 87 in meine Behandlung eintrat und, alle 5 oder 6 Stunden den Verband wechselnd, nur 7 Tage

Digitized by Google

bei mir sich aufzuhalten brauchte, worauf er nach Hause entlassen werden konnte; 2 oder 3 Jahre später habe ich erfahren, daß es ihm dauernd gut ergehe.

Auf den genannten Umstand, auf die Unterlassung von Durchspülungen durch die Tube in den erwähnten Fällen ist deshalb ein besonderer Wert zu legen, weil schon allein durch solche nach Politzer's Erfahrung Otitis und Periostitis mastoidea oft von selbst zurückgehen. Die Bedeutung dieser Beobachtung soll selbstverständlicher Weise ganz und gar nicht unterschätzt werden, aber es giebt thatsächlich doch Fälle, in welchen sogar bei großer Uebung auf diesem Gebiete die Durchspülung durchaus nicht gelingt, weil die Schwellung der Schleimhaut, sei es nun der Tube oder des Mittelohres, eine zu starke ist; in solchen Fällen, selbst wenn die äußere Schwellung eine so bedeutende war, daß Oedem der Lider zustande gekommen ist, gelingt die Durchspülung öfters sofort, wenn einen, oder ein par Tage lang jener Verband aufgelegt worden und durch dessen Einwirkung auch die innere Schwellung zurückgegangen ist, wovon ich soeben, während ich dies schreibe wieder einmal auf das Anschaulichste mich überzeugt habe und zwar in der Weise, daß jetzt sogar schon ohne Hilfe des Tubenkatheters, mittelst nur vom äußeren Gehörgange aus eingespritzten Salzwassers die Trommelhöhle durchgespült werden kann, sodaß die Flüssigkeit aus der Tube frei abfließt. Gelingt die Durchspülung, so ist das ein vortreffliches Verfahren um die Krankheitsdauer abzukürzen, gelingt sie aber nicht, so lege man den Verband ruhig weiter auf. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens nochmals, wie das neuerdings schon von verschiedenen Seiten her geschehen ist, vor dem Einblasen von Luft mittelst des Katheters bei noch bestehender Entzündung abgerathen, weil hierdurch, selbst bei weiter Perforation im Trommelfelle, Luft und mit dieser auch Eiter in das antr. mastoid. hineingeschleudert werden kann, wovon man sowohl mittelst sehr einfacher Experimente an einem eine seitliche Oeffnung tragenden Gummischlauch als auch zuweilen selbst durch eine der folgenden ähnliche Beobachtung an Kranken sich überzeugen kann. Bei dem Malermeister P. von hier, der im April 88 mit einer schon Wochen lang behandelten Eiterung des Mittelohres und starker Anschwellung hinter und oberhalb des Ohres, in meine Behandlung getreten und bei welchem 4 Tage später durch Incision eine sehr bedeutende Menge von Eiter entleert und dann jene Paste mit vortrefflicher Wirkung weiter aufgelegt worden war, wollte ich etwa 8 Tage nach der Incision eine Durchspülung des Mittelohres mittelst des Katheters machen, welcher ich denn unter durchaus nicht starkem Drucke eine oder zwei Probeeinblasungen von Luft voraus gehen ließ; hierbei klagt nun der Kranke mit einem Male über Schmerz hinter dem Ohre und bei genauerem Zusehen findet sich in der oberen Hälfte der Hinterohrgegend, an einer Stelle, welche entweder einem Abschnitte der Sutura mastoideo-squamosa Gruber's oder einer sonstigen Ossificationslücke entsprechen mochte, eine etwa Kleinfingerbeergroße Anschwellung von Luftkissenartiger Consistenz, die sich etwas zusammendrücken ließ, aber sich selbst überlassen wurde und dann schon am nächsten oder zweiten Tage gänzlich verschwunden war. Durch Vermittelung dieser Spalte mußte, wie das Emphysem — in diesem wie auch in dem in der ohrenärztlichen Litteratur wohl wenig bekannt gewordenen, von Jos. Schmidt beobachteten Falle — so auch früher der Entzündungsproceß nach Außen

Digitized by Google

hin fortgeleitet worden sein. Seit dieser Beobachtung lasse ich einer Durchspülung der Trommelhöhle bei acuten Entzündungen eine Lufteintreibung nicht mehr vorausgehen, da man auch ohne eine solche beurteilen lernt, ob der Katheter richtig sitzt oder nicht.

Natürlich verlaufen nicht alle Fälle so schnell wie mehrere der im Vorhergehenden erwähnten und ich habe verschiedene Kranke auch 3 und 4 Wochen und selbst wie den oben erwähnten Arbeiter, bei welchem die Pulverbehandlung zu einer richtigen Retention des Eiters und starker Infiltration der Hinterohrgegend geführt hatte, bis 7 Wochen lang behandelt, wobei der Kranke allerdings nur etwa 14 Tage arbeitsunfähig war und schließlich ein fast normales Hörvermögen und vollständigen Ersatz des Trommelfells erlangte; aber selbst wenn bei ausgedehnterem Beobachtungsmaterial, als mir das bisher zu Gebote stand, durchschnittlich eine etwas längere Behandlungsdauer bei der hier empfohlenen Methode sich ergeben sollte, so dürfte dieselbe immer noch eine wesentlich kürzere sein, als sie bei so vielen derartigen, anderwärts und in anderer Weise behandelten und mir dann zugehenden oder aus der Litteratur mir bekannt werdenden Krankheitsfällen zu sein pflegt. Auch sei zur Stützung dieser Ansicht nochmals erwähnt, daß ausgedehnte Abscesse der Extremitäten, des Rückens, der Brustdrüse und anderer Körpertheile unter dieser Behandlung nicht selten in wenigen Tagen zur Ausheilung gelangen, während ich andererseits Kranke kenne, die bei derartigen Affectionen Wochen und Monate lang mittelst der famosen Jodoformstreifen behandelt worden sind. Das Verfahren muß zunächst einmal im Großen versucht werden, und vielleicht nimmt ein Leiter einer großen Ohrenklinik desselben sich an. Eine derartige Aufforderung dürfte übrigens um so mehr gerechtfertigt sein, als weder die jetzt vielfach übliche Eisbehandlung noch das Kataplasmiren so gar günstige Erfolge aufzuweisen hat, sondern im Gegentheile „trotz permanenter Application von Eis“ oder anderer Substanzen ausgedehnte Wanderabscesse nicht selten vorkommen (Schwartze, Gruber, Urbantschitsch, Blau), die bei den Versuchen mit der Honigpaste mir noch nicht begegnet und bei deren Anwendung möglicher Weise überhaupt oft vermeidbar sind.

Zur Empfehlung des Verfahrens möge noch dienen die analoge Verwendung

1) der Zuckerverbände, die in manchen chirurgischen Kliniken, besonders in der Straßburger Universitätsklinik gebräuchlich waren oder vielleicht auch noch sind, die in v. Hacker's Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung eine Erwähnung leider aber nicht gefunden haben,
2) anderer zuckerhaltiger Substanzen, wie der Mohrrüben bei gewissen Augenkrankheiten, der Feigen oder großen Rosinen bei Zahn-, Mandel- und Gaumenabscessen, mit welchen man trotz der in manchen Receptsammlungen beliebten Ersetzung ihrer und des Honigs durch das matte Glycerin und ähnliches oft geradezu überraschende Erfolge erzielt.

II. Ich wende mich nun zum zweiten Theile meiner Aufgabe, nämlich über Behandlung der acuten Mittelohreiterung Einiges zu sagen, kann mich hierbei aber sehr kurz fassen, da vieles Hierhergehörige schon im Vorhergehenden angeführt worden ist. Seitdem ich diese Paste verwende, macht

Digitized by Google

mir die Behandlung von acuten Eiterungen des Ohres nur ganz ausnahmsweise noch Sorgen, und eine große Anzahl derartiger, z. Th. starke Pulsation der Schleimhaut aufweisender oder selbst mit heftigem Schwindelgefühl verbundener Erkrankungen sind bei 2 oder 3 wöchentlicher, einzelne sogar bei nur 1 wöchentlicher Behandlung mit vollkommener Restitution des Trommelfells und der Hörschärfe geheilt worden und die Betroffenen seit dieser Zeit, d. h. z. Th. nach Jahren auch, gesund geblieben. In einzelnen Fällen allerdings hat auch diese Methode versagt, z. Th. wenn nicht aus den schon oben unter I 3 u. 4 erwähnten, dann aus mir vorläufig unbekannten Gründen, z. Th. aber auch, weil der Krankheitsproceß bereits tiefer gegriffen und wie bei einem kürzlich ein paar Mal von mir gesehenen, seit Jahren an Eiterung des Mittelohres und Caries der Gehörknöchelchen leidenden, plötzlich von einer acuten Verschlimmerung befallenen jungen Mediciner schon zu eiteriger Meningitis und Gehirnabsceß Veranlassung gegeben hatte.

Es scheint von großem Vortheil zu sein, wenn die Paste oder selbst der unvermischte Honig mit der entzündeten Schleimhaut in unmittelbare Berührung kommt, was man einfach durch Lagerung des Kranken auf die entgegengesetzte Körperseite erzielt, wobei die allmählig sich erwärmende Substanz in das kranke Ohr hineinläuft: durch die aussaugende Einwirkung des Honigs dürfte das Zurückbleiben von Verdickungen und Verhärtungen der Schleimhaut, vielleicht auch der von Zaufal als „tote Räume“ sehr gut bezeichneten Absackungen im Bereiche des Atticus verhindert werden. Ein- oder, wenn es sein kann, zweimal täglich spüle ich das Mittelohr mit Borax- oder noch besser mit einfachem Salzwasser aus oder auch durch und wende Lufteintreibungen, wenn überhaupt, dann erst nach vollständigem Ablaufe der Entzündungen an. Gründliche Aus- oder auch Durchspülung der Nase, unter Umständen auch der Kieferhöhle, ist selbstverständlich; Ableitungen auf die Hinterohrgegend mittelst Cantharidin-Collodium in späterer Periode bringen öfters noch weiteren Nutzen.

In den nicht seltenen Fällen, wo man noch nicht weiß, ob ein im Mittelohr vorhandenes Exsudat zur Resorption oder zum Durchbruch kommen wird, habe ich die Paste oder die Eingießungen von Honig, durch welche der Durchbruch wohl gefördert werden dürfte, bisher noch nicht angewendet und werde gerade diese Frage noch eingehender studiren.

Mit einem Worte wenigstens sei noch erwähnt, daß auch bei Furunkeln des Gehörgangs wie in Milch erweichte Rosinen (Politzer), so auch der Honigbrei oft gute Dienste leistet.

Der einzige Autor m. W., welcher die Anwendung des Honigs bei Ohrkrankheiten erwähnt, Roosa, urtheilt ziemlich abfällig hierüber. Ob Letzteres etwa an der Art der Anwendung liegt, ob da vielleicht zu wenig Substanz genommen oder ein Verband nicht übergedeckt wird, ob die Auswahl der Fälle eine entsprechende vielleicht nicht ist, das entzieht sich meiner Kenntnis: jedenfalls habe ich bei den genannten Erkrankungen des äußeren und mittleren Ohres so treffliche, oft geradezu überraschende Erfolge hiervon gesehen, daß ich in Folge dessen meinerseits nicht verstehe, wie man, mit Anwendung eines klassischen Wortes, dem von Chemikern und Fabrikanten gepflegten „zügellos ergreifenden und dahin oder dorthin reißenden Triebe“ nach immer neuen und neuesten Mitteln auch auf unserem Gebiete sich ergeben mag.

Digitized by Google

Litteratur:

Blau, Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde in den Jahren 1888 und 1889. Leipzig 1890. S. 169.
Gruber, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2 Aufl. 1868. S. 16. 25. 453. 489.
v. Hacker, Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung. 3. Aufl. 1890.
Heineke, Deutsche Chirurgie. Lfg. 31. 1882. Chirurg. Krankheiten des Kopfes. S. 10 (Fall von Jos. Schmidt) u. 17.
Pirogoff, Grundzug der Kriegschirurgie. 1864. S. 8.
Politzer, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2. Band. 1882. S. 464. 637. 681.
Roosa-Weiss, Ohrenheilkunde. 6. Aufl. 1889. S. 67. 144. 286.
Schmidt H., Berliner Klinik. Heft 11. Wandlungen im Werth und in der Art der Wunddrainage. 1889.
Schwarze. Chirurgische Krankheiten des Ohres. 1885. S. 310 u. folg.
Senger, Chirurgencongress 1891. Berliner Klinische Wochenschrift S. 380 Wiener Klinische Wochenschrift S. 293.
Urbantschitsch, Ohrenheilkunde. 3. Aufl. 1890. S. 19. 381. 383. 389.
Winternitz, Hydrotherapie. 2. Band. I. 1879. S. 47.
Zaufal, Medicinische Wandervorträge. Heft 19/20. 1890. S. 7.
Ziem, diese Monatsschrift 1889 No. 11. Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden, 1. Fall, 1892 No. 6. Ueber Anwendung von Vesicantien u. s. w. Fall P.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle.

Von

E. Schwartz,

Ohrenarzt der Augen- und Ohrenheilanstalt für Oberschlesien in Gleiwitz.

(Schluß.)

Erregt der Befund in Gemeinschaft mit der Anamnese den Verdacht einer Erkrankung der Oberkieferhöhle, wird der größte Theil der characteristischen Symptome angegeben, wie Schnupfen, migräneartige Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, trockenes Gefühl in Nase und Hals, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, und ist gar ein cariöser dens molaris im betheiligten Oberkiefer, so spricht das gänzliche Fehlen einer Eiterung bei der Untersuchung oder im Verlaufe des Leidens nicht gegen eine sekretorische Entzündung der Oberkieferhöhle, denn das Sekret braucht ja nicht eiterig zu sein. Im serösen Stadium besitzt es schon dieselben ätzenden Eigenschaften, wie später als eiteriges Exsudat, wie mich die beiden folgenden Fälle lehrten:

2. Fall. Am 5. August 1888 consultirte mich Herr Restaurateur B., 35 Jahr alt, aus Gleiwitz, wegen eines „nervösen" Schnupfens, an dem er seit 6 Monaten leide. Vor einigen Tagen habe er ein Dampfbad genommen, um sich den Schnupfen zu vertreiben, aber statt der erhofften Besserung wäre eine unerträgliche Verschlimmerung danach eingetreten. Er bekomme gar keine Luft mehr durch das rechte Nasenloch, die Nase sei ganz trocken, Ausfluß nicht vorhanden. — Leises Streichen über sein kurz geschorenes Kopfhaar rechterseits verursache ihm ein beinahe schmerz-

Digitized by Google

haftes Gefühl, während starker Druck auf die Kopfhaut keine abnorme Empfindung hervorruft. Er habe Schmerzen in der Stirn, über der Nasenwurzel, in der rechten Schläfe und im Hinterkopf bis in den Nacken. Der Appetit habe sich verringert, und er werde von Woche zu Woche magerer. Ueberhaupt wäre er schon „am ganzen Körper nervös“ und unlustig zur Arbeit.

Die Untersuchung ergab eine durchaus normale Beschaffenheit der linken Nasenhöhle. Dagegen zeigte der Boden der rechten Nasenhöhle außer einer intensiven Röthung ein eigenthümliches, ich möchte fast sagen „eczematöses“ Aussehen: er war von vorn bis hinten mit stecknadelkopfgroßen Höckern besetzt, welche lebhaft an das vesiculöse Stadium eines Eczems der äußereren Hautdecke erinnerten. Die hintere Rachenwand war deutlich von der äußeren Nasenöffnung aus zu sehen, auch die mittlere Nasenmuschel lag dem septum nicht an,[1]) trotzdessen die Empfindung, als wäre die rechte Nasenhöhle total verstopft. Bei Verschluß der linken Nasenhöhle strich die Luft in breitem Strome durch die rechte. Von Eiter war Nichts zu sehen, weder per Rhinoscopiam anteriorem, noch posteriorem, auch nicht nach Politzer's Luftdouche (Hartmann) und Bauchlage (nach Bayer). — Die auffallende Verschiedenheit der beiden Nasenhöhlen ließ nur auf eine locale Ursache rechterseits schließen. Das Nächstliegende war das antrum Highmori, da der Nasen-Rachenraum keine Schwellung oder einen anderen pathologischen Anhalt darbot. Die Sondirung der Stirnhöhle gelang mir nicht. — Von dem dens molaris I im rechten Oberkiefer waren nur noch die 3 Wurzelreste, schwarzbraun gefärbt, vorhanden. An Zahnschmerzen hat Herr B. angeblich niemals gelitten.

Nach der Extraction der cariösen Wurzel sondirte ich die Zahnfächer, ohne eine Communication mit der Highmorshöhle finden zu können. Darauf punktirte ich mit meinem Stachel von dem einen der buccalen Zahnfächer aus, welcher sehr leicht hindurchdrang, führte die Kanüle ein und spülte eine Spritze Borlösung durch, ohne auch nur eine Spur von Eiter oder Schleim zu entleeren. Trotz meiner Zuversicht auf die Richtigkeit der Diagnose enttäuscht, wollte ich die weitere Ausspülung unterlassen, als Patient, seine rechte Kopfhälfte betastend, sich sehr erfreut äußerte, daß alle seine Beschwerden plötzlich geschwunden seien. Am nächsten Tage war im Spülwasser ein kleiner Schleimballen von der characteristischen graugrünlich gelben, transparenten Farbe und zeigte sich nunmehr immer wieder, um nach 2 Monaten ganz zu schwinden.

Wenige Tage nach der Operation bekam Patient wieder frische Gesichtsfarbe, aß mit großem Appetit und ersetzte bald wieder seinen Verlust an Körperfülle. Am 3. October 1889, also ein Jahr später, consultirte er mich wegen eines anderen Leidens, wobei er mir bestätigte, daß er vollständig von dem Nasenleiden befreit geblieben ist.

Es ist meine Ueberzeugung, daß die rechte Oberkieferhöhle in diesem Falle mit serösem Inhalt gefüllt war, wovon ich bei der Ausspülung Nichts sehen konnte, da das Exsudat sich in dem Spülwasser nicht erkennen ließ.

---

[1]) R. Kayser: Zeitschr. f. Ohrenheilkd. XX. 1890.

Digitized by Google

Der am nächsten Tage erscheinende Schleimballen war jedenfalls durch den traumatischen Einfluß der Punktionsöffnung erzeugt in Verbindung mit der durch die cariösen Zahnwurzeln verursachten Hyperaemie im benachbarten Knochen- und Schleimhautgewebe. Das plötzliche Verschwinden aller subjectiven Beschwerden sofort nach der ersten Durchspülung dürfte auch hier, wie im vorigen und ausnahmslos in allen Fällen von Oberkieferhöhleneiterung, auf die dadurch herbeigeführte Beseitigung von Druckanomalien in dem antrum Highmori zurückzuführen sein, welche in ähnlicher Weise, wie beim glaucomatösen Zustande das Auge die Supraorbitalneuralgie verursacht, von der Kieferhöhle aus den migräneartigen Zustand unterhalten. E. Legal[1]) schließt aus der Beeinflussung der Cephalalgie durch geeignete locale Behandlung des Nasen-Rachenraumes auf eine Abhängigkeit derselben von Affectionen der Rachenschleimhaut. Ziem[2]) schilderte schon 1886 neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasen- und Rachenkrankheiten. Es sind also mehrere Momente, welche die Cephalalgie außerdem verursachen können.

3. Fall. Einen analogen Fall zu dem vorigen bot Frau Dr. G. in K., welche ich am 19. August 1889 operirte. Sie klagte über einen beständigen Schnupfen in der rechten Nasenhöhle, der schon 3 Monate andauerte. Die übrigen subjectiven Beschwerden waren nahezu dieselben, wie sie in dem vorigen Fall des Herrn B. ausgeführt sind. Von Eiter war Nichts nachzuweisen. Trotzdessen nahm ich sofort die Punktion vor mit dem Krause'schen Troikart, vom unteren Nasengange aus (Mikulicz), um mittels desselben zum Zwecke weiterer Ausspülungen ein Celluloidröhrchen (Partsch) einzuführen. Als ich nach Durchbohrung der inneren Kieferhöhlenwand den Führungsstachel herauszog, flossen erst schneller, dann langsamer ca. 20 Tropfen einer wasserklaren Flüssigkeit aus der Troikartkanüle ab. Die Ausspülungen mit Borsäurelösung wurden nur ca. 14 Tage lang vorgenommen, da nach Ablauf derselben das Celluloidröhrchen infolge eines unglücklichen Zufalles bei der Ausspülung herausgezogen wurde. Frau Dr. G. verweigerte die nochmalige Einführung des Celluloidröhrchens. Dennoch ist, wie mir Herr College G. wiederholt mitteilte, seine Gattin von dem Leiden geheilt geblieben.

Das seröse Exsudat der Oberkieferhöhle war hier ad oculos demonstrirt, wie man es nicht besser wünschen konnte. Die Art des Abfließens jener 20 Tropfen, erst rasch, dann langsamer, läßt darauf schließen, daß der Höhleninhalt sich unter stärkerem Druck befunden haben muß. Nachdem durch das Abfließen der geringen Flüssigkeitsmenge jegliche Spannung aufgehoben war, sistirte der Abfluß, da die natürliche Gegenöffnung, das ostium maxillare, wahrscheinlich durch entzündliche Schwellung verschlossen war. Wäre das Letztere nicht der Fall gewesen, so hätte es nicht zu einer stärkeren Spannung des Höhleninhalts kommen können; andererseits wären die 20 Tropfen eine zu geringe Menge, um die ganze Höhle ausgefüllt zu haben. — Man wird sich also vorzustellen haben, daß bei den meisten Kieferhöhleneiterungen durch Schwellung des Schleimhautgewebes an der lateralen und medianen Fläche der inneren Höhlen-

[1]) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XL. 1887. S. 201.
[2]) Diese Monatsschrift 1886. No. 8 u. 9.

Digitized by Google

wand das ostium maxillare aufgehoben wird. Die Höhle füllt sich, während die Luft in ihr resorbirt wird, bis an das Dach mit Sekret. Durch weitere Sekretion wird die Höhlenflüssigkeit in Spannung versetzt, welche soweit steigt, bis sie das Hinderniß des Verschlusses der natürlichen Abflußöffnung überwindet, wonach ein beständiges Absickern in die Nasenhöhle erfolgt. Durch dieses abnorme Druckverhältniß werden die Kopfschmerzen unterhalten, welche sofort mit der Durchspülung schwinden, da mittels derselben Luft in die Höhle gebracht wird.

Bei den oben beschriebenen drei Fällen versuchte ich auszuführen, daß bei ihnen nur die Folgen der Oberkieferhöhlenerkrankung, wie sie sich bei Einwirkung des Höhlensekretes auf die Nasen- bezw. Rachenschleimhaut zeigen, wahrzunehmen waren, während Eiter in der Nasenhöhle selbst nicht nachgewiesen werden konnte. Die Folgeerscheinungen mußten für die bei der Untersuchung nicht nachweisbare Ursache, das Höhlensekret, eintreten. — Die beiden folgenden Fälle, welche sich durch außerordentlich große Mengen von Eiter auszeichneten, möchte ich deshalb anführen, weil sie in klassischer Weise den Einfluß der ätzenden Eigenschaft des Oberkieferhöhleneiters darthun.

4. Fall. Fräulein Vally F. aus Lübzau, 24 Jahr alt, trat am 12. Januar 1888 in meine Behandlung. Sie klagte vor allem, daß sie halsleidend sei. Den ganzen Sommer über, weniger im Winter, habe sie an starkem Hustenreiz gelitten und viel Schleim ausgeworfen. Sie sei wegen Luftröhrencatarrh behandelt worden, aber ohne Erfolg. Dazu gesellten sich Anfälle von starkem Herzklopfen, die in den letzten Wochen an Häufigkeit und Stärke zugenommen hätten; der Appetit sei minimal. Die heftigsten Kopfschmerzen beiderseits in Stirn, Schläfen und Hinterkopf, außerdem eine höchst lästige Nackensteifheit hätten sie so angegriffen, daß sie kaum über das Zimmer gehen könne. Vor 6 Wochen sei auch noch die Nase erkrankt, sie habe das Gefühl, als wäre die ganze Nase voll von trockenen Schleimborken. Die Nasenspitze wäre seitdem geröthet und bei Berührung schmerzhaft. Alle Tage entleerten sich mit Blut untermischte Schleimmengen aus beiden Nasenhöhlen. Die Lippen seien ebenfalls seit dieser Zeit entzündet, sie empfinde an ihnen fortwährend ein brennendes Gefühl. Seit dieser Zeit kam ihr auch ihre Sprache stark näselnd vor und seit 14 Tagen bemerke sie einen unangenehmen Geruch, welcher von der Nase ausgehe. — Unter dem linken Auge und im linken Augapfel selbst empfinde sie öfter am Tage reißende Schmerzen. Im Halse verliere sich ein starkes Kitzelgefühl nur durch einen Schluck Wasser, oft steigere es sich zu einem schmerzhaften Brennen.

Auf Befragen giebt sie an, daß sie seit der Kindheit an Zahnschmerzen rechts und links leide. Schon seit langer Zeit seien ihre Augen so matt, daß sie weibliche Handarbeiten seit Jahren nicht mehr ausführen könne.

Patientin hat einen schleppenden Gang, ist von kräftigem Knochenbau, sehr mager, die Augengegend eingefallen, die Wangen hektisch gefärbt. Die Nasenspitze und Flügel sind geröthet, glänzend und hart, die Lippen trocken und rissig. — Die Schleimhaut beider Nasenhöhlen ist geschwellt, stark geröthet und ohne Glanz. In der Gegend des sinus ethmoidalis ist die linke untere Muschel mit weißgelbem Schleim bedeckt. Die hintere Rachenwand ist stark geröthet und trocken. Per Rhinoscopiam posteriorem wird constatirt, daß der größte Theil des Nasen-

Digitized by Google

Rachenraumes mit adenoiden Vegetationen ausgefüllt ist, zwischen welchen eine große Zahl feiner Streifen von weißgelbem Schleim sich hindurchziehen. Die Choanen sind nicht zu sehen. — Mit Ausnahme der Schneide- und Eckzähne sind alle anderen mehr oder weniger cariös. — Herz und Lungen normal.

Da sich in der linken Nasenhöhle der Eiter in reichlicherem Maaße zeigte, werden die Wurzeln des dens molaris I im linken Oberkiefer extrahirt und mit dem Stachel ohne Mühe die trennende Knochenschicht vom Zahnfach aus nach der Kieferhöhle durchbohrt. Die Ausspülung mit gesättigter Borsäurelösung beförderte eine große Menge süßlich stechend riechenden Eiters heraus; erst nachdem ca. 1¼ Liter Spülflüssigkeit die Höhle passirt hatte, kam das Wasser ungetrübt zurück. Nach wenigen Tagen entleerte sich nur noch Schleim von weißgelber Farbe. — Die Patientin erholte sich mit jedem Tage mehr, besonders, nachdem in mehreren Sitzungen mittelst der Schech'schen Choanenzange und teilweise mit der kalten Schlinge von der Nase aus die adenoiden Vegetationen aus dem Nasen-Rachenraum entfernt waren. Nach 4 Wochen beschäftigte sie sich schon den größten Teil des Tages mit Stickereien; ihre Augen hätten sich gekräftigt.

Auch die rechte Kieferhöhle wurde punktirt; es entleerten sich nur geringe Schleimmengen, welche nach dreiwöchentlicher Ausspülung verschwanden.

Am 7. Mai 1888 stellte sich mir die Patientin, welche sich die Ausspülungen inzwischen selbst zu Hause besorgte, das letzte Mal vor, wobei ich vollständige Heilung von allen bei der ersten Untersuchung vorhandenen Beschwerden und Symptomen feststellen konnte.

Bemerkenswerth ist bei diesem typischen Falle, daß Patientin der anderen geschilderten Beschwerden spontan keine Erwähnung that und nur über den Hustenreiz und die Schmerzhaftigkeit der äußeren Nase klagte, welche letzteren Erscheinungen sich erst seit den letzten 6 Wochen eingestellt hatten. An das chronische Herz- und Magenleiden, ebenso an die Kopf- und Gesichtsschmerzen hätte sie sich schon gewöhnt, da sie „nervöser" Natur seien, wie ihr mehrere Aerzte gesagt hätten, und daher dieses alte Leiden unheilbar wäre. — Die durch mehrere Jahre andauernde Kieferhöhleneiterung hatte offenbar auf die Schleimhaut des Nasenrachenraumes einen derartigen Reiz ausgeübt, daß die Rachentonsille mit Entwickelung der adenoiden Vegetationen darauf reagirte, welche schließlich, 6 Wochen vor der ersten Untersuchung, den Raum so ausgefüllt haben dürften, daß sie den Eiterabfluß nach hinten erschwerten. Das Höhlensekret floß in Folge dessen stärker nach vorn und verursachte nicht nur die Entzündung der äußeren Nase, sondern auch, vielleicht durch Uebertragung mit dem Taschentuch, der Lippen. Der Hustenreiz ließ im letzten Winter jedenfalls deswegen nach, weil in dieser Zeit weniger Sekret in den Nasen-Rachenraum abfloß. Aus derselben Behinderung des Abflusses mag Stagnation des Eiters in der Nase und dadurch lebhaftere Entwickelung seines Geruches stattgefunden haben, so daß ihn Patientin schließlich selbst wahrnahm, obgleich jedenfalls ihr Geruchssinn sehr gelitten hatte.

Hier stehen alle die im 2. und 3. Fall im ersten Stadium der Entwickelung begriffenen Symptome in voller Ausbildung. Die „schmerz-

Digitized by Google

haften Haare“ des Herr B. haben sich bei Fräulein F. zur ausgesprochenen Hemicranie entwickelt, der chronische Magencatarrh und die Herzsymptome haben schon schwere Folgen für den Allgemeinzustand herbeigeführt. Sollte nicht die chronische Speisung des Magens mit dem ätzenden Kieferhöhlensekret, abgesehen von dem entzündlichen Leiden und der Eiterung an sich, genügen, um ihn in einen chronisch-catarrhalischen Zustand zu versetzen?

5. Fall. In gleich hohem Grade war das Leiden entwickelt bei Frau P. aus G., 24 Jahr alt, welche am 25. April 1888 in meine Behandlung kam. Sie klagte über einen hartnäckigen Schnupfen, an dem sie schon seit ihrer Kindheit leide; sie wüßte sich überhaupt nicht zu erinnern, daß sie jemals frei von Schnupfen gewesen wäre. Mitunter steigerte sich derselbe; dann bekam sie Herzklopfen, Athemnoth und Hinterhauptskopfschmerzen; letztere strahlten bis in das Genick aus, welches steif wurde. Außerdem leide sie an krankem Magen, heftigem Aufstoßen und Geschmacklosigkeit. Ein höchst lästiges Gefühl von Trockenheit im Halse, das sie nur durch ununterbrochene Befeuchtung mit Wasser erträglich machen könne, wecke sie mehrmals in jeder Nacht und nöthige sie zum Wassertrinken. Gelegentlich eines heftigeren Anfalles consultirte sie 1885 einen Arzt, der das Leiden für „nervös“ erklärte, da ein Herz- oder Lungenleiden nicht zu constatiren sei. Da er bei der Untersuchung in der linken Nasenhöhle einen Polypen fand, überwies er sie einem Specialcollegen, der die Nasenschleimhaut linkerseits mit arg. nitric. und platina candens durch 3 Monate ätzte. Sie gab die Behandlung auf, da sie keine Besserung fühlte. Ein Jahr später wurde sie von ihrem Hausarzt an Professor V. in B. gewiesen, welcher ihr in dem Nasen-Rachenraum einen Polypen abgebrannt haben soll. Danach wurde ihr Allgemeinbefinden insofern ein besseres, als die Athmungsbeschwerden nachließen. Die übrigen Symptome blieben in gleicher Stärke bestehen. Ein halbes Jahr später steigerten sich die Genickschmerzen noch mehr, und ein quälender Husten stellte sich ein. Vor einem halben Jahre consultirte sie wieder einen anderen Arzt, welcher die rechte Nasenhöhle galvanocauterisirte. Zur selben Behandlung sollte sie wiederkommen, unterließ es aber, da absolut keine Besserung nach der Cauterisation der rechten Seite eingetreten war. Den letzten Winter wurde der Schnupfen noch heftiger; es stellte sich starker Schleimauswurf ein. Gegenwärtig klagt sie über Hinterhauptskopfschmerzen und sehr heftigen Schnupfen. Nur wegen des letzteren will sie meinen Rath in Anspruch nehmen.

Auf weiteres Examiniren ergab sich noch Folgendes: Ihre Augen wären sehr schwach geworden, sie hätte einen merkwürdigen, weißen Schein mit dunklen Flecken vor den Augen, letztere seien sehr matt geworden. Einen Augenarzt hätte sie deswegen bisher nicht consultirt, weil die Augen sonst gut seien; nur beim Lesen schwebe dieser Schein ihr vor; feine, weibliche Handarbeiten könne sie deshalb nicht verrichten, weil bei jedem derartigen Versuche die Augen den Dienst versagten und sie Genickschmerzen bekomme. Die Athmungsbeschwerden seien in letzter Zeit so arg geworden, daß sie mitunter durch Minuten „ganz weg bliebe“. Sie empfinde ein dumpfes Druckgefühl in der Brust. Die Trockenheit in der Nase mache sich besonders links bemerkbar.

Der Befund ergab große, weißgelbe Schleimmassen, welche beide

Digitized by Google

Nasenhöhlen ausfüllten. Nasenathmung aufgehoben. Die Schleimhaut der Muscheln von vorn bis hinten stark geschwellt, blaß. — Der Nasen-Rachenraum ist angefüllt mit adenoiden Vegetationen und zusammengeballten Schleimmassen. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand ist narbig durchzogen, zeigt eine große Zahl granula. — Ober- und Unterkiefer beiderseits nur mit cariösen Zahnresten besetzt mit Ausnahme noch einiger, leidlich erhaltener Vorderzähne.

Leseprobe: Jedes Auge, einzeln geprüft, liest mit Convexlinse 10″ Schriftprobe (Jaeger) No. 1 von 3″—7″
No. 4 von 3″—7″

ohne Glas hat jedes Auge volle Sehschärfe, $S = \frac{XX}{XX}$ Fuß.

Jedes Auge zeigt unter der verdeckenden Hand bei Fixation des anderen auf 4″ Entfernung Insufficientia m. recti interni.

In derselben Sitzung werden beide Kieferhöhlen mit einem Stachel von den buccalen Alveolen der extrahirten Wurzeln des dens molaris I eröffnet und gleich darauf eine beträchtliche Menge süßlich stechend riechenden Eiters durch die sogleich folgende Ausspülung mit Borsäurelösung entleert, wonach die Schmerzen im Kopfe sofort verschwunden waren. Nach Entfernung der adenoiden Vegetationen in den folgenden Tagen und unter der gewöhnlichen Behandlung der Höhlen mit Ausspülungen trat völliges Nachlassen sämmtlicher Beschwerden ein, nur die Schleimproduction in den Kieferhöhlen dauerte fort. Infolge eines partus wurden die Ausspülungen trotz meiner Warnung unterbrochen, da Patientin sich für geheilt ansah. — Wie ich gelegentlich vor ½ Jahre hörte, sind die alten Beschwerden wiedergekehrt, äußerten sich aber bedeutend milder wie vor der Behandlung. Die cariösen Wurzeln habe sie sich sämmtlich entfernen lassen, aber zur Wiederholung der Kieferhöhlenoperation fehle ihr der Muth.

In diesem, wie im vorigen Falle, hat sicherlich der in den Nasen-Rachenraum fließende Kieferhöhleneiter die Entwickelung der adenoiden Vegetationen bei Personen im Alter von 24 Jahren hervorgerufen, während erfahrungsgemäß die adenoiden Wucherungen in solchen Fällen, wo sie seit der Kindheit bestanden, in diesem Alter geschwunden zu sein pflegen. Professor V. hatte, nach dem Bericht der Patientin zu schließen, 1886 ihren Nasen-Rachenraum ausgeräumt und sogar galvanocauterisirt, und schon 2 Jahre später war der Nasen-Rachenraum wieder in der ganzen Ausdehnung mit den Wucherungen angefüllt. — Außer den gewöhnlichen, hier bis zur vollsten Ausbildung gelangten Symptomen sind in beiden Fällen eigenthümliche Sehstörungen aufgetreten, so daß einerseits Scotome sich bemerkbar machten, andererseits die musculi recti interni so geschwächt wurden, daß längeres Fixiren in der Nähe, wie beim Lesen und Sticken unmöglich wurde. Vielleicht bedeuteten die Scotome den Beginn einer Augenaffection, welche schließlich zur Amaurosis führen konnte, wie solche Fälle schon ausführlich beschrieben sind. (E. Berger u. Tyrmann, klin. Blätter f. Augenheilk., XXIV. 215, James A. Salter I. 180, Wecker u. Delgado IV. 269. — Albrecht von Graefe's Arch. f. Ophthalm. Amaurósis bei Zahnleiden. XXIX. 4. 84. — A. Wiebe, Corr.-Bl. der ärztl.

Digitized by Google

Kreis- und Bez.-Vereine im Kgr. Sachsen. XLVII. Bd., No. 11. 1889. — Ziem, Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1888.)

Die Einengung der Accommodationsbreite im Fall 5 und zwar vom punct. remot. her dürfte sich durch das Scotom erklären. P. hätte doch bei ihrer Emmetropie mit Linse + 10″ auch bis 10″ lesen müssen, statt bis 7″. Leider habe ich damals nicht an eine Perimeteraufnahme gedacht. — Der quälende Husten ist nach meiner Ansicht von den granulis der hinteren Rachenwand her ausgelöst worden. Auch er verschwand bald nach der Operation.

Es sei mir zum Schluß eine kurze Recapitulation gestattet: Der 1. Fall bot in seiner Anamnese ein ganz characteristisches Bild der Oberkieferhöhleneiterung, ohne daß Eiter in der Nasenhöhle nachzuweisen war, während die Operation reichlich Eiter aus der Kieferhöhle zu Tage förderte. Im 2. und 3. Fall war das Sekret ein seröses, weshalb der Befund einer Eitermenge in der Nasenhöhle unmöglich war. Auch hier bot die Anamnese schon ein typisches Bild der sekretorischen Kieferhöhleneiterung.

Die Fälle 4 und 5 zeigen die außerordentlich reizende Eigenschaft des Kieferhöhleneiters, welche die Wucherung der Rachentonsille, überhaupt Entzündung der Schleimhaut von der Nase bis in den Magen hinab herbeiführte; auch war hier der Einfluß des Leidens auf das Auge bemerkbar.

So werthvoll der Befund von Eiter in der Nase ist, es wird bei seinem Fehlen die Punktion der Oberkieferhöhle doch immer gerechtfertigt sein, wenn aus der Anamnese in Verbindung mit dem Befunde sich auch nur mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose: Empyema antri Highmori folgern läßt.

Anmerkung: Die vorliegende Arbeit ist während der Drucklegung als Inaugural-Dissertation seitens des Verfassers verwendet worden.

Die Bewegungen der Stimmbänder bei Durchschneidung der Vagusnerven.

Von

Dr. **A. Onodi,**

Universitätsdocent in Budapest.

Ich habe das Verhalten der Stimmbänder bei Durschschneidung beider Vagi geprüft. Das Resultat war auffallend, da Bewegungen der Stimmbänder eingetreten sind. Nach unseren Kenntnissen stand die Frage folgendermaßen. Der Nervus laryngeus superior ist ein sensibler Nerv, nur sein äußerer Ast, zum musculus cricothyreoideus gehend, ist motorischer Natur; die eigentliche Musculatur der Stimmbänder innervirt der N. laryngeus superior; dieser letztere entspringt vom Vagus, daher die motorischen Kehlkopffasern im Stamme des N. vagus enthalten sind. Die Frage, wie die Bewegungen ausgelöst werden, wo die bekannten Nervenbahnen durchtrennt wurden, konnte nicht erklärt werden und es blieben die von mir beschriebenen sympathischen Verbindungen zur Untersuchung zurück. Ich habe untersucht das Verhalten der Stimmbänder nach Durchschneidung 1. der Nn. vagi, 2. der Nn. laryng. inf., 3. der sympathischen Verbindungen. Ich habe 15 Versuche gemacht, meistens mit gefensterter

Digitized by Google

Trachea. Nach Durchschneidung beider Vagi näherten sich statt der erwarteten Cadaverstellung bei der Exspiration die Stimmbänder rhytmisch der Mittellinie und manchmal sogar berührten sie sich beinahe. In einem Falle, wo unter dem Zungenbeine der Kehlkopfeingang geöffnet wurde. ist nach der Durchschneidung beider Vagi ein so heftiger Glottiskrampf eingetreten, daß eine Canüle zwischen die Stimmbänder gesteckt werden mußte. In einem andern Falle gab das Tier trotz der Durchschneidung beider Vagi hohe Töne.

Die bezeichneten Bewegungen der Stimmbänder sind auch eingetreten, wenn die Nn. laryng. inf. sowie die sympathischen Verbindungen gleichfalls durchschnitten wurden.

Es hatte sich also herausgestellt, daß die in den Bahnen der Vagi Nn. laryng. inf. und sympathischen Verbindungen enthaltenen motorischen Fasern mit den beobachteten Bewegungen in keinem Zusammenhange stehen.

Es blieb zurück der intact gelassene äußere Zweig des Laryngeus sup. und der von ihm versorgte musc. cricothyreoideus. Es wurde bei gefensterter Trachea der Muskel ganz freigelegt, um die geringste Contraction beobachten zu können. Nach Durchschneidung der Nervenbahnen traten die Bewegungen der Stimmbänder ein; man konnte ganz präcis constatiren die gleichzeitigen und der Stärke der Bewegungen entsprechenden Contractionen der Mm. cricothyreoidei. Hatten wir die Mm. cricothyreoidei ganz entfernt, so blieben die Stimmbänder in vollständiger Cadaverstellung, die Cartilago cricoidea, die früher zur Schildplatte gehoben wurde, vollkommen unbeweglich.

Das Experiment wurde auch in einer anderen Reihenfolge ausgeführt. Ich habe erst beide Mm. cricothyreoidei entfernt und nachher die bezeichneten Nervenbahnen durchtrennt und das Resultat war dasselbe: vollständige Unbeweglichkeit der Stimmbänder und der Knorpel. Nach diesen Untersuchungen stellen wir den Satz auf, daß nach Durchschneidung der Nn. vagi, der Nn. laryng. inf. und der sympathischen Verbindungen auftretenden Bewegungen der Stimmbänder der Function des Musculus cricothyreoideus zuzuschreiben sind.

Ein ungewöhnlicher Fall

von

Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae.

Von

Dr. **Johann Sedziak** aus Warschau.

Der Fall, über welchen ich zu sprechen beabsichtige, verdient in vieler Hinsicht größere Aufmerksamkeit.

Panos, 48 Jahre alt, ein Landmann, kam am 18. Mai 1892 ins Kindlein Jesus Hospital. Er klagte überhaupt über einen Tumor im Halse, als

Digitized by Google

auch zahlreiche Knötchen auf der Hand. Die Geschichte der Krankheit ist folgende: Der Kranke stammt von einer gesunden Familie ab, welche sich sogar durch eine gewisse Langlebigkeit auszeichnete. (Die Mutter starb, hundert Jahre alt, der Vater, mehr als 80.) Der Kranke war bisher immer gesund, wie er behauptet. Zum zweiten Mal verheiratet. Mit der ersten Frau hatte er 8 Kinder, mit der zweiten zwei. Keine Abusus, weder in Baccho, noch in Venere, absolut keine Spur von Syphilis. Der Anfang der jetzigen Krankheit datirt sich nur von einem halben Jahre, nämlich in Herbste des vorigen Jahres (1891) bemerkte der Kranke am linken Bein (Wade) ein kleines Knötchen, welches er anfangs wenig beachtete, um so mehr, da das Letztere ihm keine Beschwerden verursachte. Dieses Knötchen jedoch, im Anfange von der Größe einer Haselnuß, fing an sich nach und nach zu vergrößern, und die es bedeckende Haut fing an sich zu färben, anfangs rötlich, später dunkler und zuletzt dunkelviolett. Dies beunruhigte den Kranken um so mehr, da nach und nach die Anschwellung der entsprechenden (linken) inguinalen Drüsen eintrat, was den Kranken im Gehen hinderte. Auch der Tumor am Beine, der zu dieser Zeit die Größe eines Apfels erreichte, war beim Drücken mit den Fingern etwas schmerzhaft. Ein paar Monate danach zeigten sich an verschiedenen Stellen des Körpers (besonders an den oberen Extremitäten, an der Brust und Rücken, schließlich am Gesicht) Knötchen von verschiedener Größe, welche sich, wie es wenigstens aus der Erzählung des Kranken zu entnehmen ist, auf mehr oder weniger dieselbe Weise, wie der Tumor am Beine entwickelten, mit dem Unterschied indeß, daß sie niemals dieselbe Größe erreichten — die Mehrzahl der Knötchen war von der Größe einer Wallnuß, die restlichen zeigten sich haselnuß- bis erbsengroß. Die Haut über den Knötchen, obgleich auch verändert, war nicht so dunkel gefärbt wie am Beine. Eine Ausnahme machte das Gesicht, wo besonders in der Gegend der Parotis, der tumor mehr den Character der diffusen Infiltration hatte, und die Haut mehr dunkel gefärbt war. Das Erscheinen dieser multiplen, obgleich nicht schmerzhaften Knötchen beunruhigte den Kranken mehr und mehr. Aber erst dann entschloß er sich, ärztliche Hilfe zu suchen, als er bemerkte, daß er im Halse einen Tumor hatte, welcher sehr schnell wuchs und anfangs ihn beim Schlucken hinderte, später aber auch beim Athmen. Zuerst consultirte der Kranke die dortigen Aerzte (auf dem Lande), von denen einer, vermuthend den syphilitischen Charakter der Krankheit, Kali jodatum verordnete. Der Kranke fühlte jedoch nach Verbrauch einiger Flaschen keine Erleichterung. Der andere Arzt vermuthete einen Abscessus der Tonsille und machte zwei Incisionen, wobei jedoch, wie der Kranke behauptet, kein Eiter, etwas Blut kam, und keine Erleichterung stattfand. Schließlich kam der Kranke nach Warschau und trat in die chirurgische Klinik des Kindlein Jesus Spital ein. Der Zuvorkommenheit des Collegen Borsuk, welcher damals nach dem Tode des Professor Efremoreshi Chef der Klinik war, verdanke ich diesen Fall. An demselben Tage hatte ich Gelegenheit den Kranken zu untersuchen. Ich fand den folgenden Zustand: der Kranke gut gebaut und ernährt. Die Haut am ganzen Körper, besonders an der Brust und am Rücken, wie auch an den oberen Extremitäten, zeigte zahlreiche Flecken von verschiedener Größe (vom Durchmesser einer Erbse bis zu dem einer Wallnuß). Die

Digitized by Google

Farbe von rötlich bis dunkelviolett. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass diese Flecken den circumscripten Verdickungen resp. Knötchen entsprachen. Einige von denen (die kleineren) beschränkten sich auf die Haut, sie sind mehr oberflächlich, die größeren jedoch vertieften sich bis zum unterhäutigen Gewebe und sogar, wie es scheint, bis zu den Muskeln (z. B. am rechten Arm) und sind mit den Fingern faßbar, wobei der Kranke einen leichten Schmerz fühlt. Die Zahl dieser Knötchen ist unzählbar; es war kaum eine Stelle vorhanden, in welcher man nicht eine mehr oder weniger deutliche Verdicknng in der Haut fühlen konnte. Einer besonderen Besprechung bedarf der Tumor am Beine. Es zeichnet sich durch seine abnorme Größe aus, erreichend namentlich die Größe einer großen Apfelsine. Der Tumor erstreckt sich weit in die Tiefe durch das Unterhautzellgewebe und Muskeln. Er läßt sich weder fassen noch mit den Fingern bewegen. Die ihn bedeckende Haut mit Desquamationen, trocken, dunkelviolett. Im Centrum zeigt sich eine kraterähnliche Vertiefung (ungefähr 1½ cm), aus welcher beim Drücken eine geringe seröse Flüssigkeit hervortrat. Der Tumor wenig schmerzhaft, (nur beim Drücken mit den Fingern etwas stechend) ziemlich hart. Am Gesicht außer einigen kleinen Knötchen grössere Tumoren in der Nachbarschaft der linken und etwas kleiner auch in der Gegend der rechten Parotis. Sie zeigen mehr diffuse Verdickungen (Infiltrationen), von denen die linke sich vom „arcus zygomaticus“ bis zum Winkel der mand. inf. zieht. Die Haut dunkelviolett. Die Infiltrate waren mit den Fingern faßbar, beschränkten sich jedoch, wie es scheint, nur auf die Haut; die Drüse selbst ist nicht angegriffen. Starker „foetor ex ore“. Bei der Untersuchung der Mundhöhle sieht man zuerst die Veränderung auf der Schleimhaut des oberen Zahnfleisches: sie ist stark gerötet, geschwollen, uneben. Die Zähne selbst gesund. Die Schleimhaut der „palatum durum“ zeigt eine diffuse dunkelblaue Färbung. Der ganze „isthmus faucium“ ist mit dem colossalen Auswuchs in der Größe eines Hühnereies angefüllt. Der Tumor nimmt die Stelle der rechten Tonsille ein und drängt das Zäpfchen (geschwollen und geröthet, wie auch der ganze weiche Gaumen) an die linke Seite, indem er die linke etwas im longitudinalen Diameter vergrößerte Tonsille berührt. Der Tumor drängt auch den vorderen Bogen hervor, ist aber weder mit diesem noch mit dem hinteren Bogen verwachsen, so daß man ihn mit der Sonde und Finger leicht umgehen kann. Der Tumor ist beweglich, ziemlich hart; die ihn bedeckende Schleimhaut verändert, von blauer Färbung und theilweise exulcerirt. Im Centrum zwei oberflächliche Vertiefungen, narbige Einziehungen, wahrscheinlich als Spur der früheren Operationen (Incisionen). Bei der Untersuchung der Nase fand sich: deviatio septi nasal. hypertrophia conchaee mediae dextrae, Athmung besonders an der rechten Seite beschwert. Rhinoscopia post. wegen Tumors unmöglich, bei der Untersuchung mit dem Finger fand ich mäßige Hyperplasie „en masse“ der Pharynx-Tonsille (Luschka) besonders an der linken Seite. Im Kehlkopfe (nach dem Emporheben des Tumors mit Hilfe des laryngoscopischen Spiegels) nichts Besonderes. Im rechten Ohre Einziehung des Trommelfelles. Leichtes subj. Geräusch, das Gehör theilweise geschwächt. Das linke Ohr gesund. Die Untersuchung der inneren Organe ergab negative Resultate. Die lymphatischen Drüsen am Halse sowie in der Achsel etwas vergrössert, indolent. Die linken inguinalen Drüsen in der Form zweier Tumoren, von Größe eines Hühnereies, auch

Digitized by Google

nicht schmerzhaft. Der Urin enthält kein Albumen, sowie auch keine anderen anormalen Bestandteile. Dr. Ziemiriski (Augenarzt) hatte die Güte, die Augen zu untersuchen, fand jedoch keine Veränderung, nur geringe Stenosis can. nasolacrymalis.

Im ersten Augenblicke vermutheten wir, betreff der dunkelviolett gefärbten Tumoren, daß wir mit Melanosarcoma tonsillae dextrae zu thun hatten. Es ist natürlich, daß die eigentliche Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der Knötchen auf der Haut, sowie auch der Tumoren am Halse gemacht werden konnte. Zu diesem Zwecke führte ich am folgenden Tage in Gegenwart der Collegen Borsuk, Sawicki, Bruner etc. etc. Exstirpation des Tumors der rechten Tonsille mit Hife der galvanocaustischen Schlinge aus, weil die malignen Tumoren wie bekannt sehr bluten, und sogar bei den einfachen Hyperplasien der Tonsillen bei Erwachsenen wende ich nur diese Methode in der letzten Zeit an [1]). Die Operation ließ sich leicht ausführen (beim Herausziehen des Tumors mit Museux'scher Zange, fast ohne Blutung, mit wenig Schmerz, nach 20% Cocainlösung.) Anfangs exstirpirte ich nur ein Drittel des Tumors zur microscopischen Untersuchung. Auf dringendes Bitten des Patienten jedoch nahm ich auch den Rest des Tumors, von der Größe eines Hühnereies heraus, worauf der Kranke sogleich große Erleichterung fühlte. Der Tumor zeigte auf den Durchschnitt ein speckiges Aussehen (sarcoma), gefärbt nur in den oberflächlichen Schichten. Nach der Erhärtung im Alcohol und Einbettung in Paraffin habe ich ihn unter dem Microscop untersucht, wobei es sich zeigte, daß wir es mit „lymphosarcoma" zu thun hatten. Die obige Diagnose wurde von den bekannten Anatomopathologen Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Der Verlauf nach der Operation war sehr günstig, so daß man schon nach einigen Tagen zur Exstirpation eines der Haut-Knötchen schreiten konnte. Dies wurde durch Dr. Borsuk ausgeführt. Am rechten Arm exstirpirte er ein Knötchen von der Größe einer Haselnuß; die Ränder der Wunde wurden durch eine Naht verbunden, Heilung per primam. Auf den Durchschnitt zeigte sich, daß nicht nur die Haut, sondern auch das Unterhautzellgewebe einbezogen war. Die Pigmentation beschränkte sich jedoch nur auf die oberflächlichen Schichten der Haut. Microscopisch zeigte der Tumor analoge Veränderungen, nämlich: Infiltration mit kleinen und runden Zellen, welche denen im Tumor der Tonsillen sehr ähnlich waren. Die anatomisch-pathologische Diagnose lautete: sarcoma parvo- et globocellulare. Sie wurde auch bei den obengenannten Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Ich füge hier noch hinzu, daß ich zur Genauigkeit, weil man Verdacht auf Lepra in diesem Falle haben konnte (natürlich auf Grund der multiplen Infiltrationen auf der Haut, abgesehen jedoch von den Tumoren am Beine und am Halse, welche nur für sarcomatöse Neubildungen gehalten werden konnten), die Untersuchung in dieser Richtung unternahm, Bacilli Leprae jedoch (Färbung mit Ziel-Neelsen's Lösung, Entfärbung in 25% HNO_3, schließlich Nachfärbung mit Methylenblau), weder in Schnitten des Tumors der Tonsillen, noch in Haut-Knötchen vorhanden waren. Dem Kranken wurden vom ersten Tage an Arsenik (Sol.

[1]) Vide meine Arbeit: „Kilka uway w kwestyi stosowania galvanokaustiky is chorobach gardta, hitani, nosa i uszow". Kronika Lekarska 1892, (Ref. im Jour. of Laryng. 1892.)

Digitized by Google

Fowleri) verordnet, wobei man schon in zweiter Woche des Aufenthaltes des Kranken im Spital zur größten Verwunderung eine beständige Verkleinerung der Knötchen wahrnehmen konnte. Diese Verkleinerung, obgleich langsam, unterlag jedoch keinem Zweifel, was nicht nur von mir allein, sondern auch von vielen anderen Aerzten (Borsuk, Sawicki, Paslawski und Anderen) nachwiesen wurde. Am 7. Juni, also ca. 3 Wochen nach dem Eintritt des Kranken im Spital, stellte ich diesen ungemein interessanten Kranken in einer Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft vor.

Wegen der unzweifelhaft erfolgten Verkleinerung der Knötchen bei unserem Kranken unterließ man die primäre Absicht totaler Exstirpation des Tumors am Beine und zweier linken inguinalen Drüsen und entschloß sich, ihm weiter Arsenik innerlich zu geben. Auf diese Weise blieb der Kranke noch einen Monat im Spital, indem er von mir wie auch von anderen Collegen (Chirurgen) beständig beobachtet wurde. Ende Juni wurde er ohne bekannte Veranlassung von otitis media acuta sin. mit Perforation des Trommelfelles befallen. Man verordnete Tropfen mit ac. carbolicum (10% in Glycerin), später Lufteintreibungen. Am 9. Juli l. e. nach 7 Wochen, verließ der Kranke das Spital. Sein Zustand war damals der folgende (Untersuchung zusammen mit Dr. Sawicki): Der Tumor am Beine verkleinerte sich wenigstens um ½ seiner früheren Größe; er zeigt zwei einzelne Verdickungen (ziemlich tief greifende) von der Größe je einer Wallnuß; die Haut in den übrigen Teilen der früheren Infiltration nur wenig verdickt. Als Spur der früheren Veränderungen blieb nur die dunkle Färbung der Haut, welche glatt und glänzend ist. Die centrale Vertiefung ebnete sich fast gänzlich. Auch die übrigen Knötchen verkleinerten sich, indem sie sich auf die Haut beschränkten (Infiltrationen); teilweise verschwanden sie gänzlich, braune Pigmentirung zurücklassend. Die Haut zeigte sich wegen der zahlreichen Ecchymosen mosaikartig. Am hartnäckigsten hielten sich die Knötchen am rechten Arme, obgleich sie auch da flacher sind. Die Drüsen in regione inguinali sin. verkleinerten sich wenigsten bis zur Hälfte ihrer früheren Größe. Die Drüsen am Halse und in der Achsel sind viel kleiner. Dasselbe gilt für die Knoten am Gesicht, die früheren Verdickungen in regione parotidea sind mehr flach, besonders die linke. Die Gegend des Unterkieferwinkels ist jetzt ganz frei von Infiltration. Die Knötchen nicht schmerzhaft. Foetor ex ore geschwunden; in der Mundhöhle, an der Stelle des früheren Tumors, zeigt sich die Höhle zwischen beiden Bogen an der rechten Seite. Keine Spur von Recidiv. Die linke Tonsille, welche im Anfange sich etwas vergrößerte und blau verfärbt war, was uns auf die Idee führte, daß sich dort auch der sarcomatöse Proceß zu entwickeln beginnt — ich wollte sie exstirpiren — obleich nicht bedeutend, doch sichtbar verkleinert. Sie ragte nicht über den Bogen hinaus. Die sie bedeckende Schleimhaut etwas blau gefärbt. Ich muß hier hinzufügen, daß die Verkleinerung der Tonsille erst seit kurzem datirt (einige Tage). Atmung und Schlingen frei. Im nasopharynx (rhin. post.) eine ziemlich bedeutende, diffuse Hyperplasie der pharyngealen Tonsille (Luschka), hauptsächlich an der linken Seite. Eine bedeutende Verdickung der Schleimhaut am hinteren Ende des Septums (vomer). Athmung

Digitized by Google

freier, Schleim geringer, Blutung im Anfang sehr häufig fast ganz aufgehört, schließlich status idem in der Nase. In larynge nichts besonderes. Im rechten Ohr dasselbe (i. e. Einziehung des Trommelfelles), im linken Ohr Perforatio parva im vorderen und unteren Theile des Trommelfelles, unbedeutender eiteriger Ausfluß. Kein Schmerz, nur geringes Geräusch, das Gehör geschwächt. In den inneren Organen nichts Besonderes. Dem Kranken wurde ferner der Gebrauch des Arseniks (innerlich) und Carbolsäure fürs Ohr verordnet. Ich gab ihm auch einen Brief an einen dortigen Arzt mit der Bitte, um weitere Pflege des Patienten und Informationen von Zeit zu Zeit über den weiteren Verlauf dieses interessanten Falles.

Der obige Fall liefert Gelegenheit für einige Bemerkungen. Vor Allem ist die von vielen Aerzten beobachtete Verkleinerung und Verschwinden des Sarcoma cutis, sowie auch der vermuthlichen lymphosarcoma der linken Tonsille während des siebenwöchentlichen Aufenthaltes des Kranken im Spital bemerkenswerth. Was ist die Ursache dieses Verschwindens? Es scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen, daß man in diesem Falle diese günstige Wirkung dem innerlich angewandten Arsenik zuschreiben muß. Es ist um so wahrscheinlicher, als unser Fall nicht vereinzelt dasteht; wenn auch nur wenige, so existiren dennoch in der Literatur einige Beobachtungen, welche die nicht anzuzweifelnde günstige Wirkung dieses Mittels auf Sarcomata (resp. Lympho-sarcomata) cutis bewiesen. So z. B. im Jahre 1883 veröffentlichte Köbner [1]) einen Fall von allgemeiner Sarcomatosis der Haut, geheilt durch subcutane Arsenik-Injektionen. Ferner im Jahre 1887 veröffentlichte auch Baebel [2]) einen Fall dieser Krankheit, geheilt (nach 3½ Jahren kein Recidiv) durch Anwendung des Arseniks. Schließlich beschrieb in diesem Jahre (1892) Romberg [3]) aus Leipzig einen Fall, bei welchem Metastasen in der Haut (der wahrscheinliche Ausgangspunkt war lymphosarcoma mediastini) fast gänzlich unter dem Einflusse des Arseniks verschwanden. Die Menge des gebrauchten Mittels (innerli h) betrug in diesem Falle 500 Tropfen von Liq. Kali arsenic. – 0,255 acidi arsenicosi.

Der obige unsere Fall ist auch noch in anderer Richtung bemerkenswerth. In diesem Falle nämlich waren wir im Stande, den colossalen Tumor der Tonsillae (lymphosarcoma) durch den Mund zu entfernen. Es ist nur möglich dort, wo der pathologische Proceß nur auf die Tonsille selbst sich beschränkt. Solche Falle sind selten. Jurasz (s. dessen neuestes Buch: Die Krankheiten der oberen Luftwege, Heidelberg 1892) sah bei seinem reichen Material keinen einzigen solchen Fall. Newman aus Glasgow [4]) Verfasser der soeben erschienenen, vortrefflichen Monographie über bösartige Tumoren der Tonsillen, beschreibt nur einen Fall (p. 10) dieser Krankheit (sarcoma), welcher gleichfalls von der Mundhöhle aus operirt wurde.

---

[1]) No. 2 Berl. Klin. Woch.

[2]) Bruns Beiträge zur kliu. Chir. II.

[3]) Deut. Med. Woch. 19. „Zur Kenntniss der Arsenikwirkung auf das Lymphosarcom."

[4]) „Malignant Disease of the tonsils with ten illustrative cases the statistics and the Bibliography of the Subject." (The Amer. Jour. of med. Sciences. May 1892.)

Digitized by Google

Ich füge hier noch hinzu, daß in solchen Fällen nur die galvanocaustische Schlinge zweckmäßig ist, um bedeutende Blutungen zu vermeiden.

Ebenso hat Wolfenden (London) sarcoma der linken Tonsille bei einer ungefähr 50jährigen Frau erfolgreich in meiner Gegenwart vor 3 Jahren operirt. In den meisten Fällen indeß breitet sich der Tumor auf die benachbarten Theile (Bogen, Rachen etc.) aus. Die Drüsen sind auch meistens angegriffen und die Operation ist durch die Mundhöhle unausführbar. In solchen Fällen machen die Chirurgen (vide Muhulier's Fall in seinem und Michelson's vortrefflichen Atlas der Krankheiten der Mundhöhle etc., Berlin 1892) gewöhnlich die Resection der Unterkinnlade nach vorheriger Trocheotomie. Noch auf einen Punkt will ich aufmerksam machen. Es ist möglich, daß das Lymphosarcoma auf die Tonsille beschränkt, eine einfache Hypertrophie dieses Organes vortäuscht, Diese Verwechselung kann sogar microscopisch stattfinden, wie es Luc's [1] Fall (aus Paris) beweist.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, bei welchem ungeachtet des bösartig aussehenden Tumors der Tonsille die Diagnose bei zwei bekannten Anatomopathologen auf Grund der Untersuchung zweier (in paarmonatlichen Intervallen herausgenommenen) Stückchen des Tumors auf die einfache Hypertrophie der Tonsille festgestellt wurde. Erst nach dem dritten Mal zeigte sich: es sei lymphosarcoma. In unserem Falle schien es bei oberflächlicher Untersuchung auch, als ob wir es mit hypertrophia tonsillae simplex zu thun hätten, erst die genaue Untersuchung ergab die eigentliche Natur des Tumors, i. e. lymphosarcoma. — Meiner Meinung hat Gombaut, einer der besten Anatomopathologen in Paris, recht, wenn er sagt (vide Luc's Fall): „En fait, la structure des fragments, que vous m'avez adressés est trés analogue à celle du tissu conjonctif soumis à certaines causes d'irritation chronique et, en pareil cas, pour décider, qu'il y a tumeur, c'est à dire développement d'éléments anatomiques en quelque sorte spontané, dépendant d'une évolution anormale, indépendante de toute cause extérieure surajoutée, il n'est que prudent de faire appel à toutes les sources de renseignements et de ne pas se fier à ceux, que peut donner l'histologie laissée à ses propres ressources."

---

[1]) „Sarcome de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique." (Rev. de Lar. etc. 11. 1892.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1891 erschienen im Ambulatorium 5117 neue Kranke, und zwar: 3223 Personen männlichen und 1894 Personen weiblichen Geschlechtes.

Von den erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

bis	zu	5	Jahren	. . . .	304	=	158 M.	+	146 W.
von	5	—10	„	. . . .	444	=	253 „	+	191 „
„	10	—20	„	. . . .	1102	=	672 „	+	430 „
„	20	—30	„	. . . .	1200	=	770 „	+	430 „
„	30	—40	„	. . . .	845	=	563 „	+	282 „
„	40	—50	„	. . . .	594	=	390 „	+	204 „
„	50	—60	„	. . . .	374	=	246 „	+	128 „
„	60	—70	„	. . . .	196	=	133 „	+	63 „
„	70	—80	„	. . . .	58	=	38 „	+	20 „
				Summe:	5117	=	3223 M.	+	1894 W.

Der Beschäftigung nach waren die Männer:

Schulknaben 125, Studenten (Mediciner, Juristen etc.) 107, Schlosser 97, Arbeiter, Schmiede je 93, Schneider 87, Taglöhner 78, Bauern, Commis je 76, Privatiers 73, Bäcker 68, Comptoiristen 64, Fleischhauer 63, Kellner 57, Agenten 53, Tischler 52, Hausknechte 48, Friseure 44, Schuster 43, Diener 38, Maurer 34, Schriftsetzer 27, Buchbinder, Wirte je 25, Musiker, Sicherheitswachmänner je 24, Anstreicher, Drechsler je 23, Spengler 19, Tapezierer 18, Maschinisten 15, Zimmerleute 12, Uhrmacher 11, Diurnisten 10, Graveure, Metalldreher je 7, Hutmacher, Müller je 5, Schildermaler 4, Aerzte 3, Priester, Maler je 2.

Von den Weibern waren:

Mägde 180, Schülerinnen 123, Taglöhnerinnen 86, Fabrikarbeiterinnen 83, Handarbeiterinnen 79, Bäuerinnen 77, Kleidermacherinnen 75, Köchinnen 74, Lehrmädchen 62, Kaufmannsgattinnen 58, Blumenmacherinnen 20, Cassierinnen 15, Haushälterinnen 13.

Von den übrigen Kranken war die Beschäftigung nicht angegeben worden.

Der Diagnose nach waren:

Digitized by Google

Diagnose	Männer			In Summa	Weiber			In Summa
	rechts	links	beiderseits		rechts	links	beiderseits	
Fistula auris congenita	—	1	—	1	—	—	1	1
Missbildung der Ohrmuschel	1	1	—	2	—	—	—	—
Acute nässende Flechte (Ekzem) der Ohrmuschel	2	2	3	7	1	2	4	7
Chronische nässende Flechte (Ekzem) der Ohrmuschel	—	—	2	2	—	—	3	3
Keloïd am Ohrläppchen	—	1	—	1	—	1	—	1
Epithelioma auriculare	1	—	—	1	—	—	—	—
Othaematoma	—	1	—	1	—	2	—	2
Combustio aurium	—	1	—	1	—	—	—	—
Ohrenschmalzansammlung	80	90	331	501	50	25	150	225
Fremdkörper im äusseren Gehörgange	12	10	7	29	14	15	4	33
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	57	54	10	121	35	38	10	83
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	20	11	15	46	13	7	6	26
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	—	1	—	1	1	—	1	2
Acute nässende Flechte (Ekzem) des äusseren Gehörganges	2	2	3	7	3	2	5	10
Chronische nässende Flechte des äusseren Gehörganges	1	—	2	3	1	2	3	6
Bläschenflechte (Herpes) des äusseren Gehörganges	2	—	2	4	2	—	1	3
Hautabschürfung im äusseren Gehörgange	3	5	—	8	4	3	—	7
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges	3	2	2	7	2	2	1	5
Verengerung des äusseren Gehörganges	2	3	1	6	3	1	1	5
Verschluss des äusseren Gehörganges	1	1	—	2	1	—	—	1
Papillomata ad meatum auditorium externum	2	—	—	2	—	—	—	—
Exostosis meatus auditorii externi	1	3	1	5	—	—	—	—
Acute Entzündung des Trommelfelles	6	4	5	15	5	3	2	10
Traumatische Ruptur des Trommelfelles	6	4	1	11	—	3	2	5
Narben des Trommelfelles	52	37	83	172	19	15	49	83
Atrophie des Trommelfelles	1	2	8	11	—	1	2	3
Kalkablagerung im Trommelfelle	10	7	4	21	3	4	3	10
Trockene Perforation des Trommelfelles	19	17	9	45	12	14	3	29
Zerstörung des Trommelfelles	16	13	13	42	14	7	18	39
Acuter Katarrh der Tuba Eustachii	41	38	196	275	16	20	76	112
Acute katarrhalische Mittelohrentzündung	105	66	64	235	33	44	35	112
Chronische katarrhalische Mittelohrentzühdung	43	36	540	619	38	19	270	327
Plastische Mittelohrentzündung	15	16	135	166	17	14	160	191

Digitized by Google

Diagnose	Männer				Weiber			
	rechts	links	beiderseits	In Summa	rechts	links	beiderseits	In Summa
Plastische Mittelohrentzündung mit Labyrinth-Affection	2	—	5	7	1	—	2	3
Acute eiterige Mittelohrentzündung	44	30	22	96	15	20	10	45
Chronische eiterige Mittelohrentzündung	156	104	244	504	92	127	145	364
Chronische eiterige Mittelohrzentzündung mit Polypenbildung	38	39	4	81	9	10	7	26
Periostitis mastoidea	1	2	1	4	1	1	–	2
Caries und Nekrose des Schläfenbeines	14	8	6	28	6	3	4	13
Labyrinth-Affection	4	1	29	34	—	4	11	15
Nervöses Ohrtönen	10	4	2	16	5	4	3	12
Nervöser Ohrschmerz	5	7	24	36	6	8	20	34
Taubstummheit	—	—	30	30	—	—	23	23
Adenoide Vegetationen im Rachen	—	—	10	10	—	—	8	8
Rhinitis	—	—	6	6	—	—	8	8
Parotitis	—	—	1	1	—	—	—	—
Summa:	768	634	821		422	421	1051	
	3223				1894			
	5117							

(Fortsetzung folgt.)

Contribution à l'étude des Otomycoses par le docteur **Ferdinand Souls'**, Médecin de la Marine. (Bordeaux, Imprimerie Vve. Cadoret. 1891)

Zweck der Arbeit war, die Aufmerksamkeit der Practiker auf das in Frankreich noch wenig bekannte Gebiet der Otomycosis zu lenken. Im I. Capitel wird darum eine ausführliche Geschichte der Otomycosis mit einer Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur geboten. Das II. Capitel beschäftigt sich mit den Arten und botanischen Unterscheidungsmerkmalen der in Betracht kommenden Pilze, von denen Aspergillus fumigatus, nigricans und flavescens am häufigsten gefunden werden, andere wie die der Familie Eurotium, Penicillium, Mucor seltener sind.

Auch Microsporon furfur mit der durch dasselbe erzeugten Pityriasis versicolor wurde im äußeren Gehörgange angetroffen, wahrscheinlich als Folge einer Autoinfection von der Brust her.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der klinischen Seite der Otomycosis.

Digitized by Google

Was die Aetiologie betrifft, so scheinen die verschiedenen Jahreszeiten ohne Einfluß zu sein. Der Einfluß des Lebensalters äußert sich darin, daß Erkrankungen vor dem 15. Lebensjahre sehr selten, zwischen dem 16. und 20. Jahre am häufigsten, später wieder seltener sind. Zweidrittel der Erkrankten sind nach Siebenmann Männer. Der Stand der Gärtner liefert einen großen Teil der Kranken, auch der der Bauern, wohl weil diese auf ihren Zimmeröfen alle Arten Früchte trocknen lassen. Die Russen, welche den ganzen Winter in geheizten, schlecht gelüfteten Zimmern wohnen, bieten den Pilzen einen guten Nährboden. Wreden sah eine Erkrankung nach einem Schlaf neben schimmeliger Tapete. An Leichen sah Siebenmann nie Otomycosis.

In der Privatpraxis soll Otomycosis häufiger sein, als in der poliklinischen, conform mit Souls' Beobachtungen. Von den die Otomycose begleitenden Ohrenaffectionen fällt die nach Siebenmann wiedergegebene große Zahl an Erkrankungen des inneren Ohrteiles (36%) auf.

Nach Schwarze und Roosa siedeln sich die Schimmelpilze nur an, wenn die Epithelien des Gehörganges fehlen oder wenigstens aufgelockert sind. Miot und Baratoux halten eine geringe Feuchtigkeit im Ohre der Entwickelung der Sporen für günstiger als profuse Otorrhoe, welche jene eher herausschwemmt. 75% der von Siebenmann behandelten Otomycosen waren nach Einträufelung fetter Substanzen entstanden, wobei Glycerin einbezogen ist, trotzdem Oele erfahrungsgemäß wenig geeignet für Pilzculturen sind. Vielleicht halten Fette durch ihre Viscidität die Keime im Gehörgang zurück.

Die Infection kann auch durch Instrumente erfolgen, so durch Spritzen, auf deren Lederstempeln sich Pilzvegetationen ansetzen können, sogar wenn sie mit Carbolvaselin ausgeschmiert sind, nicht jedoch durch Spritzen aus Caotschouk.

Die Otomycosis kann völlig latent verlaufen.

Subjektive Symptome können sein: seröse, eitrige, foetide Otorrhoe, Jucken, stechende, auch ausstrahlende Schmerzen, Schwerhörigkeit, Ohrensausen. Als objective Symptome findet man im knöchernen Gehörgange bei Anwesenheit des Aspergillus niger sammetartige oder kohlenstaubähnliche Ueberzüge, welche eine Ausspritzung mitunter in Fetzenform herausbefördert. Das Pilzlager liegt auf dem Stratum Malpighi und haftet oft sehr fest, nach seiner Entfernung sieht man den knöchernen Gehörgang im Zustande der Entzündung. Asperg. flavescens erscheint als gelber lycopodiumähnlicher Staub. — Drei Fälle aus Souls eigener Beobachtung verliefen ohne besonderes Interesse. Die Diagnose stützt sich auf die Merkmale der Otitis externa und den Befund der Pilze. Entscheidung bringt das Microscop. Zur Darstellung der Pilze, unter denselben werden mehrere Verfahren angegeben, auch Färbung mit Picrocarmin und Eosin. Manchmal erscheinen Culturen angezeigt. Zu diesem Zwecke dient die von Roulin wiedergegebene sehr complicirte Nährflüssigkeit oder die einfacheren Züchtungsmethoden nach Siebenmann auf Fließpapier und Brotschnitten, nach Blake auf Citronenschalen. Souls' Culturversuche auf Agar und Gelatine mißlangen, weil die in den ausgesäeten Substanzen reichlich vorhandenen Bacterien den Nährboden rapid unbrauchbar machten.

Endlich wird die Wichtigkeit von Reinculturen betont, da die Pilze

Digitized by Google

je nach dem Nährboden verschiedene Formen annehmen könnten. Trotzdem kann die botanische Diagnose des Pilzes schwer, ja unmöglich sein. Die Keimfähigkeit der Sporen des Asperg. niger wird durch Alcohol, Naphtalin, Jodoform, 2proc. Carbollösung nicht beeinträchtigt, wohl aber durch Argent. nitric 1:160000, Sublimat 1:500000, Platinchlorid 1:8000 und Cuprum sulfur 1:240. Durch Oel wird sie begünstigt.

Souls unterscheidet mit Dubreuilh 2 Formen: bei der ersten füllt das Pilzgewebe allein den Gehörgang, der im Zustande der Reizung befindlich massige, seröse Secretion zeigt. Diese Form sei die hartnäckigere und leicht recidivirende, im Gegensatz zur zweiten Form, bei welcher der Pilz sich auf einem Ceruminalpfropf angesiedelt hat, nach dessen Entfernung die Heilung eintritt. Der Verlauf kann acut und chronisch sein. Selbstheilung, Recidiven und Reinfectionen kommen vor. Die Prognose ist gut, doch kann durch Complicationen seitens des Trommelfelles oder der Paukenhöhle Gehörschwächung bleiben.

Die Therapie sei eine prophylactische: feuchte Zimmer und Frucht-Dörr-Räume sollen nicht bewohnt werden. Die locale Behandlung soll mit der mechanischen Entfernung der Pilzmassen beginnen, welcher die Einführung von Substanzen zu folgen hat, welche Entwickelung der zurückgebliebenen Pilzreste und Sporen hemmen.

In einigen Schlußthesen wird der Inhalt der Arbeit kurz recapitulirt.

Dr. R. Hitschmann.

b) Rhinologische:

Behandlung der sogenannten „Pfundnase". (Traitement du nez d'une livre.) Von Dr. Dupré. (La chirurgie de Bruxelles 1891 und Revue de laryngologie 1892 No. 1.)

In Belgien, dem Lande, wo der Burgunder hoch in Ehren steht, ist die Pfundnase ziemlich häufig. Patient hatte eine apfeldicke, mit tiefen Furchen und hervorstehenden Knoten versehene Nase, welche den lächerlichsten Anblick darbot. Verf. verwirft das Brennen mittelst Glüheisen; er hat Stücke, wie wenn man eine Melone bei Tische vertheilen wollte, aus der betreffenden Nase geschnitten und mittelst Naht vereint; prima intentio und gänzliche Heilung.

D. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Seltenheit der corticalen Larynx-Paralysen betreffend. (A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales.) Von Dr. Paul Rangé (de Challes). (Arch. internat. de laryngol., de Rhinolog. etc.) Juli-August. 1892. Bd. V. No. 4.

R. giebt nicht zu, daß eine notwendige wechselseitige Beziehung zwischen der Form einer motorischen Störung und der sie erzeugenden anatomischen Ursache besteht, auch nicht, daß die einfache Untersuchung der Glottis im Falle einer Lähmung genügt, um daraus sichere Schlüsse auf deren Herkunft zu ziehen. Weder die äußeren Symptome, noch das

Digitized by Google

Laryngoscop seien hierfür maßgebend. Beides könne wohl zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose führen, eine absolute Sicherheit aber erbringe in der Regel erst die Autopsie. — R. glaubt, daß die Fälle dieser Art an und für sich gar nicht so selten seien, sondern daß die Schwierigkeit der Diagnose den Mangel an (guten) Beobachtungen erkläre.

Beschorner.

Bemerkung zur Frage der Contractur des musc. ary-arytaenoideus. Versuch, die laryngoscopischen Erscheinungen zu erklären, welche Gerhardt der doppelseitigen und completen Lähmung der musculi crico-arytaenoidei postic. zugesprochen hat. (Note sur la contracture du muscle ary-arytenoidien. Essai d' interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt „à la paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoidiens postérieurs.") Von Dr. Albert Ruault. (Arch. internat. de laryngol, de Rhinolog. etc. Juli-Aug. 1892. Bd. V. No. 4.)

Auf Grund namentlich der Forschungen von Longet, Jeanselme und Lermoyez über die Wirkung des musculi ary-arytaenoidei und derjenigen von Rühlmann, Hayes, Jelenthy über die Wirkung der musculi crico-arytaenoidei postici, glaubt R., daß, abgesehen von der Hysterie, die isolirte Contractur des m. ary-arytaenoid., fast immer secundärer Natur sei und einer isolirten Lähmung des Antagonisten folgt, eben einer Lähmung, welche, wenigstens im Beginne nur das äußere Bündel des m. crico-arytaenoid. postic. betrifft, während sie das innere Bündel dieses Muskels frei läßt. Da diese beiden Bündel in Wirklichkeit zwei ausgesprochene Muskel bilden, physiologisch freilich mehr als anatomisch, so ist die Annahme wohl berechtigt, daß sie auch isolirt ergriffen werden können.

Beschorner.

Sarcom der Tonsille. Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. (Sarcome de l'amygdale. Difficulté du diagnostic histologique.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngolog., de Rhinolog. etc. Juli-Aug. 1892. Bd. V. No. 4.)

Es handelt sich um einen 50jährigen Kranken mit Anschwellung der linken Tonsille und Exulceration derselben. Probeexcision ließ nach microscopischer Untersuchung einfache Mandelhypertrophie mit abnormer Vermehrung der lymphoiden Zellen erkennen. Circa acht Wochen darauf und nach weiterer Ausbreitung des Geschwürsprocesses gleiches Resultat der histologischen Exploration. Wieder nach etwa acht Wochen ließ das Gesamtbild der Affection keinen Zweifel mehr zu, daß es sich um eine maligne Neubildung handele. Die submaxillaren Drüsen linkerseits waren geschwellt, Schlingbeschwerden und lancinirende Schmerzen hatten sich eingestellt. Erneute microscopische Untersuchung ergab jetzt als Resultat die Existenz eines Lympho-Sarcoms. Operation vor wie nach unausführbar.

Beschorner.

Oesophagusverstopfung durch ein falsches Gebiss. (Occlusion de l'oesophage par une pièce dentatire). Von Dr. Lennox Browne. (Association britannique de laryngologie et d'otologie 7. Juillet 1892 und semaine medicale N. 34 1892).

Ein 36jähriger Mann hat Dysphagie und rauhe Stimme. Vor drei Jahren hatte er sein künstliches Gebiß verschluckt. Extrationsversuche,

Digitized by Google

sowie Versuche den Fremdkörper in den Magen zu stoßen mißlangen. Linkes Stimmband unbeweglich, sonst Larynx normal. Eine Sonde stößt 20 cm von den Zahnreihen entfernt auf ein Hinderniß; etwa 5 cm unterhalb der Höhe der cartilago cricoidea fühlt man recht gut den Fremdkörper links am Oetophagus. Chloroformnarcose, Extraction auf natürlichem Wege der einen Hälfte, während die andere Hälfte im Oesophagus stecken blieb; nacher gelang die Extraction der zweiten Hälfte. Blutung unbedeutend. Heilung nach 8 Tagen. Dr. P. K.

Der Athemmechanismus bei den Sängern. (Du mécanisme de la respiration chez les chanteurs.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1893 Nr. 8, 9, 10).

Nach einigen mehr an den Nichtarzt gerichteten einleitenden Bemerkungen, kommt V. zu dem Schluß, daß das Athmen während des Singens durch Erweiterung der unteren Thoraxparthie sich machen soll. Ohne den von Mandl zur Zeit gegen das Claviculum-Athmen beschriebenen Schäden beizustimmen, glaubt V. das Claviculum-Athmen nur ausnahmsweise gestatten zu müssen, so z. B. bei angeborenen Fehlern, welch' letztere entweder angeboren oder durch zu starkes Schnüren hervorgebracht sind. Das abdominale Athmen kommt bei nicht civilisirten Frauen (ohne Corset) ebensowohl wie bei uns Männern als Regel vor; bei unseren Frauen ist das Claviculum- und obere Thoraxathmen als das gewöhnliche zu beobachten. Das Claviculum-Athmen eignet sich deshalb noch nicht als das beste beim Singen bei Frauen. Im Gegentheil Männer wie Frauen sollen beim Singen die untere Thoraxparthie ausdehnen, dabei das Abdomen leicht einziehen und die oberen Rippen nebst clavicula im Zustande der Ruhe lassen; junge Mädchen sollen also, wenn sie Sängerin werden wollen, nicht stark schnüren. Bei Sängerinnen soll man aber andererseits das als das beste oben genannte Athmen nicht mit aller Gewalt wollen durchführen, sondern wenn man sieht, daß das untere Thoraxathmen darchaus nicht gelingt, soll man von weiteren Versuchen abstehen; V. erzählt ein Beispiel, wo eine gute Sängerin durch die Halsstarrigkeit des Gesanglehrers ihre Stimme einbüßte, währenddem sie beim Claviculum-Athmen durch ihren Gesang glänzte. Alle Experimente beweisen übrigens, daß beim Bauchathmen vielmehr Luft in die Lungen dringt als beim Claviculumathmen und das allein genügt als Beweis. Aber die übertriebenen von Mandl seiner Zeit gerügten Uebelstände des Claviculumathmens sind auch nicht anzunehmen; man sieht sehr gute Sänger (Melchissedec in Rigoletto, in der Afrikanerin, in Wilhelm Tell) welche mit der oberen Thoraxparthie athmen. Die Unbeweglichkeit der Rippen, wenn selbe überhaupt bei Gesangsanstrengungen möglich ist, ist aber auch zu verwerfen; im Gegentheil, mit dem Bauchathmen muß sich eine Costalbewegung ausführen; dies beweisen übrigens alle physiologischen Lehrämter sowie der schön gebaute Thorax bei ausgebildeten Sängern. Die Anhänger des exclusiven Bauchathmens, wenn selbes überhaupt beim Sänger möglich ist, sind also auch im Irrthum; das exclusive Bauchathmen kann nicht ohne Einfluß auf die Bauchorgane, namentlich bei Frauen sein, wovon V. zwei eclatante Beispiele erzählt.

Theoretisch, sowohl als spirometrisch ist nachzuweisen, daß beim

Digitized by Google

Costalathmen durch die untere Thoraxparthie der Thorax sich am meisten ausdehnt; mithin am meisten Luft aufnimmt. Daß dies von ungeheurem Nutzen für den Sänger ist, versteht sich von selbst.

Die Kunst des geschulten Sängers besteht nun darin, daß er immer nur soviel der eingeathmeten Luft durch die Glottis ausströmen läßt, als genau zur Production des gewollten Tones nothwendig ist. Während des Singens dürfen die Inspirationsmuskeln nicht erschlaffen (Fehler, den die ungeschulten Sänger begehen), sondern sie müssen mit einer gewissen, den geübten Sängern eigenen Kunst contractirt bleiben, um die Töne länger anhalten und die Stimme moduliren zu können; daß dieses sich am besten durch die inspiratorischen Thonmuskeln bewerkstelligen läßt, liegt auf der Hand, und dies ist ein neuer Beweis, daß die untere Costalathmung beim Singen nothwendig ist; denn das beim Bauchathmen allein thätige Zwerchfell kann diese Modulation nicht vollführen. Das Einziehen der Bauchmuskeln beim Inspirium während des Singens darf nicht so ausgesprochen sein wie beim Clavicularathmen, sondern nur soviel es zur Fixirung der Baucheingeweide nothwendig ist; beim Exspiriren treten die Bauchdecken auch sehr wenig hervor, denn es sind meistens die Hypochrondien, welche sich einziehen. Verf. zählt nun eine große Anzahl Sänger und Sängerinnen auf, welche alle das Thoraxathmen mit leicht eingezogenem Abdomen beim Singen gebrauchen und das mit dem größten Erfolg. Vielleicht rührt der althergebrachte Gebrauch der Sänger, sich den Unterleib zu umbinden und so ein Stützpunkt für die Eingeweide zu haben, von dem Princip der nothwendigen Thoraxathmung her; auch Morell Mackenzie räth den Sängern an, eine Leibbinde zu tragen, und behauptet, daß das alte Wort der heil. Schrift; „Umgürtet eure Lenden“ von diesem Princip herrühre. Verf. hat auch spirometrisch an vier Serien von Sängern und Sängerinnen recht hübsch nachgewiesen, daß beim Athmen der unteren Thoraxparthien mit leicht eingezogenem Unterleib am meisten Luft in den Thorax aufgenommen und mithin bedeutende Vorzüge beim Singen geschaffen werden. Da der Thorax nun auch als Resonator beim Singen dient, so ist ja auch klar, daß durch das oben angegebene Athmen der möglichst beste Resonator geschaffen wird.

Die recht gediegene Arbeit verdient von den Specialisten, besonders aber von den Gesanglehrern im Original gelesen zu werden.

Dr. P. K.

Krebs der Schilddrüse. (cancer du corps thyroide) von Dr. Porte. (Lyon médicale und Revue de laryngologie 1892, S. 2.)

Ein 51jähriger Mann hat einen Schilddrüsenkrebs, welcher in drei Beziehungen interessant ist. 1. Entstehen der Krebsknoten auf einem rechtseitigen, seit 25 Jahren bestehenden Kropf. 2. Das rasche Entstehen und rasche Wachsen (drei Monate). 3. Das Eitern des tumors, welches den Tod beschleunigte. Erstickung nach laryngotomie; der tumor ging bis an die Teilungsstelle der trachea, drückte letztere säbelscheidenartig flach und hat sie selbst angegriffen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Diphteritis ähnliche angina bei secundärer Syphilis, nebst Beschreibung dreier Fälle. (De l'angina diphtéroide de la syphilis secondaire, trois observations). Von Dr. Robin und Dr. Deguéret. (Gazette médicale de Paris und Revue de laryngologie 1892, S. 2.)

Es giebt eine Form specifischer angina, welche schwer von Diphteritis durch das blosse Auge zu unterscheiden ist. V. geben drei an Frauen beobachtete Beispiele. Anamnese, das Allgemeinbefinden und die Entstehungsart helfen zur Differentaldiagnose. Dr. P. K.

Entfernte Folgen des Croup und der Tracheotomie. (Suites éloignées du croup et de la trachéotomie). Von Dr. J. Simon (Gazette des hôpitaux u. Revue de laryngologie. 1892. Nr. 6).

Wenn die Zahl der durch Tracheotomie bei Croup geheilten Kinder relativ groß ist, so ist andererseits die Zahl derer, welche im Alter von 25—30 Jahren sterben, sehr groß; selten überleben solche Kinder dieses Alter. V. ist nicht sicher, ob man diese große Sterblichkeit der diphteritischen Infection oder der durch die Operationsnarbe bedingten Verengerung zuschreiben soll. Dr. P. K.

Berichtigung.

In dem Referate über die Arbeit von Dr. P. Heymann: „Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle" (No. 9 dieses Jahrganges muß es pag. 257 Zeile 12 und 13 v. o. heißen: . . . nur vermißte er eigentliche Schleimpolypen, mehrfach in einer und derselben Highmorshöhle sitzend, merkwürdiger Weise vollständig. —

Beschorner.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

INHALT.

I. Originalien: Ziem: Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterung. — E. Schwartz: Zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. (Schluss). — Onodi: Die Bewegungen der Stimmbänder bei Durchschneidung der Vagusnerven. — Sedziak: Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. — Souls: Contribution à l'étude des Otomycoses. — b) Rhinologische: Dupré: Behandlung der sogenannten „Pfundnase". — c) Pharyngo-laryngologische: Rangé: Die Seltenheit der corticalen Larynx-Paralysen betreffend. — Ruault: Bemerkung zur Frage der Contractur des musc. ary-arytaenoideus. — Luc: Sarcom der Tonsille. Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. — Lennox Browne: Oesophagusverstopfung durch ein falsches Gebiss. — Joal: Der Athemmechanismus bei den Sängern. — Porte: Krebs der Schilddrüse. — Robin und Deguéret: Diphtheritisähnliche Angina bei secundärer Syphilis, nebst Beschreibung dreier Fälle. — Simon: Entfernte Folgen des Croup und der Tracheotomie. — Berichtigung.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. Berlin, November 1892. No. 11.

I. Originalien.

Zum Morbus Ménièri.

Aus meiner Praxis.

Von

Dr. **M. Tsakyroglous** (Smyrna).

Die Krankheit ist auch bei uns durchaus nicht so selten anzutreffen, wird aber gewöhnlich verkannt und entweder mit Magenleiden verwechselt oder auch für Neurasthenie oder Gehirncongestion gehalten.

Wir beobachteten sowohl Formen der classischen apoplectiformen Taubheit, als auch chronische Formen, die wir beide als primäre oder idiopatische bezeichnen können, und andere Fälle, die wir mehr als Complicationen oder als Nachkrankheiten von Ohrenaffectionen auffassen müssen. Es ergab sich als unumgängliche Notwendigkeit, daß auch leichtere Fälle, die wir behandelten, obwohl sie nicht alle Symptome der Krankheit aufwiesen, doch in den Rahmen des obigen Morbus eingefügt werden mußten.

Der am längsten dauernde Fall, den wir sahen, datirte seit 17 Jahren und die acute idiopathische M.-Krankheit war diejenige Form, welche öfters recidivirte und lang dauerte.

Digitized by Google

Die meisten Kranken schrieben die Ursache einer Erkältung zu. Drei ausgeprägte Fälle waren Folgen von Influenza, einer kam nach Typhus. Dreimal haben wir die Krankheit nach therapeutischen Eingriffen erstehen sehen. Einmal nach Mumps.

Die Anfälle waren von verschiedener Dauer; von wenigen Minuten, Stunden, bis zu Wochen und Monaten.

In zwei Fällen sahen wir die Krankheit begleitet von partiellen Muskelzuckungen. Und zwar im ersten Falle bei einem 40jährigen Manne, der seit vielen Jahren an periodischen Anfällen, anfangs von kurzer, später von wöchentlicher Dauer litt, welche wegen ihrer hochgradigen Patellarreflexe für einfache Neurasthenie, und manchmal für epileptische Symptome gehalten wurden. Bei starkem Auftreten der Anfälle waren dieselben von Zuckungen des homologen Oberarms begleitet. Bei diesem Kranken dauern die Anfälle, obwohl er sich einer gründlichen Behandlung der Pariser Autoritäten unterworfen, immer noch fort, und zwar mit kürzeren Zwischenpausen und längerem Anhalten des Anfalls.

Der zweite Fall war folgender:

Const. M., Bäcker, 61 Jahre alt, fiel mitten auf der Straße von Schwindel ergriffen zu Boden und mußte ins Krankenhaus gebracht werden. Nach 4 Tagen ward er uns zugeschickt wegen der gleichzeitig auftretenden fast völligen Taubheit.

Nach der Ausspritzung von Ceruminalpfröpfen auf beiden Ohren sahen wir das Trommelfell normal und leichte Injection der Hammergriffgefäße. Stimmgabel auf den Kopfknochen wurde nicht percipirt. Als wir aber die Catheterisation der rechten Eustachi'schen Röhre vornahmen, bekam der Patient bei der ersten Lufteintreibung Schwindel und clonische Zuckungen der homologen Gesichtshälfte und des Armes. Am folgenden Tage catheterisirten wir die andere Tube und bei der Lufteintreibung wiederholte sich der Vorgang des vorigen Tages. Wir verordneten Jodkali.

Als wir den Kranken nach zwei Jahren wiedersahen, hatte sich sein Zustand gebessert, so daß er die Uhr beim Andrücken an den Kopfknochen percipirte. Die Stimmgabelperception war verhältnißmäßig zurückgekehrt. Keine neuen Anfälle.

Bei einem 21jährigen Mädchen, deren Mutter geisteskrank starb, trat plötzlich die Krankheit auf mit Schwindelanfällen, Neigung zum Erbrechen, taumelndem Gang und Unfähigkeit zum Gehen und Stehen. Da sich binnen zwei Monaten die nicht plötzlich, sondern schleichend auftretende Schwerhörigkeit vermehrte, so bildete diese das prägnanteste Symptom der bis dahin für magenkrank gehaltenen Patientin, und indem wir auf Ménière'schen Schwindel diagnosticirten, gaben wir der Krankheit binnen wenigen Wochen ein schnelles Ende durch Chinin-Behandlung. Fünf Monate nachher bekam sie eine Keratitis interstitialis sinistra, welche, sowie nunmehr teilweise auch die Schwerhörigkeit dem Jodkali wich. Im vorliegenden Falle, wo die locale Untersuchung gar keine Anhaltspunkte gab mit Ausnahme einer leichten Einziehung des Trommelfells, glaubten wir es mit einer Krankheit angioneurotischen Ursprungs zu thun zu haben.

Nach Influenza sahen wir, wie oben erwähnt, zwei und zwar bemerkenswerte Fälle.

Dj. M., 35 Jahre alt, aus dem Binnenlande (vor 12 Jahren Syphilis),

Digitized by Google

wurde am 12. Januar vorigen Jahres von Influenza befallen, am 20. desselben Monats trat völlige Taubheit rechts mit Schwindel ein und bis zum 27. hatten sich alle Symptome der Ménière'schen Krankheit entwickelt, so daß er nicht vom Bette aufstehen konnte. Diese Symptome vermehrten sich noch in der Dunkelheit. Die Gegenstände sah er schwankend vor den Augen, zuweilen Flimmerscotome. Die behandelnden Aerzte wandten sogleich antisyphilitische Behandlung an, aber ohne jeden Nutzen, im Gegenteil mit Verschlimmerung der Symptome. Als Anfang März der Kranke zu uns kam, war der Zustand zwar etwas gebessert, doch dauerten Schwindel, taumelnder Gang, Augenphaenomene und die Taubheit rechts fort. Die Tuba rechts schwer durchgängig.

Nach Chinin und Ergotin (aa 0,80 täglich) und Lufteintreibung ward schon in 15 Tagen Besserung erzielt, mit Ausnahme jedoch der Schwerhörigkeit. Später nahm er Jodkali und nach zwei Monaten kehrte er in seine Heimat zurück. Wie er uns schreibt, dauert die Schwerhörigkeit rechts fort (Uhr nur in cont. ossium cap.).

Der zweite Fall war folgender:

Eine 58jährige Frau, die im Januar vorigen Jahres an Influenza gelitten hatte, verspürte seitdem ein geringes Sausen und dann und wann in Zwischenpausen von mehreren Tagen ein Stechen im rechten Ohr. Ungefähr drei Monate nach ihrer Erkrankung an Influenza sahen wir die Patientin. Mit Ausnahme einer leichten Trübung des Trommelfells rechts und einem zischenden Geräusche beim Catheterismus zeigte sie nichts abnormes.

Wir verschrieben Gurgelwasser, catheterisirten zweimal in einer Woche und wandten zweimal das Politzer'sche Verfahren an. Nach unserem letzten Besuch verließen wir die Patientin ganz zufrieden und als gesund. Einige Tage später, ungefähr 4 Monate nach der anfänglichen Krankheit, einen Tag nachdem sie im Wagen aufs Land gefahren war, bekam sie des Morgens einen heftigen Schwindelanfall mit Erbrechen, volle Taubheit rechts, Unfähigkeit, sich aus dem Bett zu erheben. Fieberfrei. Am folgenden Tage zu derselben Stunde wiederholte sich der Anfall und einen Tag darauf stellten sich rechts Nackenstarre und damit die Vorläufer einer nach vier Tagen tötlich verlaufenden Meningitis ein.

Was nun die Behandlung anbelangt, so können wir versichern, daß Chinin — sei es als Chininum sulfuricum oder Valerianicum oder Hydrobromatum — besonders in den eine chronische Form annehmenden Fällen von größtem Nutzen ist und daß Chinin in unseren Fällen keine Schwerhörigkeit verursachte. Dieselbe trat mit und ohne Chinin ein. Wir verordnen mit Chinin fast immer auch Ergotin. Gewöhnliche Dosis 0,60 bis 1 gr pro die. Bei den apoplektischen Fällen mit acutem Verlauf ist Chinin nach unserer Ansicht überflüssig und nur das Jodkali von großem Nutzen. Ein älterer College von uns, welcher 13 Jahre an obiger Krankheit litt, versichert uns, daß weder Chinin, noch Aconitin, noch irgend ein anderes Mittel, den Anfällen Einhalt thun konnte, außer dem Jodkali. Bei diesen Fällen glauben auch wir, ist von jeder localen Behandlung abzustehen. Andere Mittel, z. B. Pilocarpininjectionen, Antipyrin, haben wir ebenfalls angewendet, jedoch ohne wesentlichen Nutzen zu beobachten.

Digitized by Google

Alle leichten Menière'schen Fälle lassen sich gewöhnlich mit Chinin rasch heilen, so auch jeder von Ohraffectionen herrührender Schwindel.

Ueber Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle.

Von

Prof. **Siebenmann** in Basel.

In seiner „Lehre von den Naseneiterungen" München 1893 sagt Grünwald (pag. 80), daß „für die Eiterung der Kiefernhöhle vermöge ihrer anatomischen Verhältnisse ein guter Ausgang (Spontanheilung) überhaupt nicht anzunehmen sei und, daß noch viel weniger jemals ein Fall von Spontanheilung chronischen Empyems dieser Höhle festgestellt worden sei.

Als einziges in der Litteratur erwähntes, von ihm aber beanstandetes Beispiel von Spontanheilung führt er einen Fall an, den auf meine Veranlassung hin nebst 30 anderen meiner Praxis entnommenen Fällen von Oberkieferempyem cand. med. Kuchenbecker zu einer Dissertation verwendet und in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1892 Nr. 5—7 veröffentlicht hat.

Diese 31 Krankengeschichten sind der Uebersichtlichkeit und Raumersparnis halber nur tabellarisch und anhangsweise aufgeführt und da haben sich denn — wie das bei solchen Zusammenstellungen leicht geschehen kann — einige Fehler eingeschlichen, welche bei meiner Revision der Arbeit nicht alle beseitigt worden sind. Der von Grünwald mit Recht beanstandete Lapsus besteht darin, daß Kuchenbecker bei dem betreffenden Fall (N. 12) ganz unrichtig und sinnwidrig den bei den übrigen Krankengeschichten stereotypen Passus „Anbohrung des Alveolarfortsatzes" auch hier, in die Rubrik „Behandlung" offenbar mechanisch hineingesetzt hat, statt diese Colonne hier unbeschrieben zu lassen.

Die betreffenden Notizen sind, wie Grünwald richtig bemerkt, vielleicht zu „lakonisch" gehalten; andererseits aber liefert dieser Fall, soweit derselbe von mir verfolgt werden konnte, den Beweis, daß die Spontanheilung eines chronischen Oberkieferhöhlenempyems — wenn auch als Rarität — vorkommen kann und in der That „festgestellt worden ist."

Diese beiden Gründe haben mich bewogen, im Interesse der Sache die fragliche Krankengeschichte in derjenigen Ausführlichkeit mitzutheilen, wie dies an Hand meines Journals möglich ist.

Anamnese vom 9. Mai 1890. Eugen Hummel, 26 Jahre, Färbereibesitzer in W.

Litt im August 1888, ohne aber jemals eine Anschwellung der betreffenden Wangengegend zu bemerken, an anhaltenden Schmerzen in der r. o. Zahnreihe, weshalb Pat. sich noch im nämlichen Monate von dem consultirten Zahnarzte den I. Molar extrahiren ließ. Der Zahn brach bei

Digitized by Google

den ersten Extractionsversuchen ab; die Wurzeln wurden in 2 weiteren Sitzungen entfernt. Die Zahnschmerzen verschwanden nicht sofort, sondern dauerten noch einige Tage länger an und verschwanden dann allmählig. Indessen aber war eine rechtsseitige continuirliche Supraorbitalneuralgie hinzugetreten und zugleich machte sich ein foetider Eiterabfluß bemerklich zunächst nur aus der betreffenden Alveole, dann aber auch aus dem rechten Nasenloch. Beide Eiterungen haben bis heute continuirlich angehalten. Zeitweise bläst oder saugt der Pat., um für einige Zeit von dem Gestank sich zu befreien, die offen gebliebene Alveole aus.

Ich notirte am nämlichen Tage folgenden Status:

Rechte Wange kaum merklich etwas aufgetrieben im Winkel zwischen Auge und Nasenflügel, ohne erhöhte Druckempfindlichkeit. Der I. Molar r. o. fehlt; an seiner Stelle eine seichte narbige Vertiefung und im Grunde derselben eine Oeffnung von ca. 4 mm Weite, aus welcher foetider Eiter abfließt. Die 3 mm dicke Sonde dringt sofort, ohne einen längeren Canal zu passiren, in die Höhle, überwindet weiter oben bei leichtestem Druck einen schwachen Widerstand (dünne septirende Membraue) und dringt dann, allseitig frei beweglich, noch eine weitere Strecke — im Ganzen 5 cm — nach hinten oben. Während dieser Sondirung fließt dickflüssiger foetider Eiter aus der Fistel. — Rechte Nasenhöhle in toto etwas hyperämisch; die mittlere Muschel auf beiden Seitenflächen von hellgrünem Eiter bedeckt. Die laterale Wand des (anatomischen) mittleren Nasenganges mit der Sonde weich auszuhöhlen aber nicht sichtbar vorgetrieben. Pat. kann durch Pressen bei geschlossenem Munde den Eiter mit Leichtigkeit in den mittleren Nasengang hinausblasen unter lauten Rasselgeräuschen. Bei der Durchspülung von der Alveole aus fließt die Injectionsflüssigkeit trüb aber schleimfrei und in continuirlichem Strahle durch die Nase ab.

Ich schlug dem Pat. vor, vom Zahnarzt sich eine Platte anfertigen zu lassen, welche zunächst mit einem stiftförmigen Obturatorium versehen worden wäre und welche zu temporärem Verschluß der alveolaren Oeffnung hätte dienen müssen. — Der auf den folgenden Tag wieder bestellte Kranke blieb indessen weg und bei einem späteren Besuche im September des nämlichen Jahres traf er mich nicht. Am 12. August 1891, an welchem Tage er sich unaufgefordert mir wieder vorstellte, notirte ich: Seit einigen Monaten von allen Beschwerden befreit, ohne daß zur Heilung etwas anderes gethan worden wäre, als das vom Pat. schon früher geübte Aussaugen des Höhlensecretes vom Munde aus. Die Oeffnung im Alveolarfortsatz ist fest vernarbt; der mittlere Nasengang normal, frei von Eiter.

Es handelt sich hier mehr um ein chronisches Oberkiefer-Empyem, welches acut auftrat in unmittelbarem Anschluß an eine schwierigere Zahnextraction. An Stelle des extrahirten Zahnes blieb eine ziemlich weite und relativ kurze Fistel zurück, deren Ursache vielleicht in einer natürlichen Dehiscenz des Bodens der Highmorshöhle, wahrscheinlich aber in vorausgegangenen cariösen Processen zu suchen ist. Diese Oeffnung gelangte ca. 3 Jahre nach ihrem Entstehen, ohne ärztliches Zuthun, gleichzeitig mit dem Empyem zur Heilung.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung.)

Detail-Bericht.

Keloid am Ohrläppchen.

2 Fälle: 1 M. + 1 W. Bei beiden Patienten war das Keloid möglicherweise durch den Reiz von Messingohrgehängen entstanden, die in die Geschwulst förmlich eingewachsen waren.

R Sch., Ambul. Prot. Z. 54.631, zeigte bei seiner Aufnahme ein bohnengrosses Keloid an der Hinterfläche der linken Lobulus. In der Mitte der Geschwulst befand sich eine Delle, in deren Tiefe man mittelst einer Sonde auf eine Metallleiste stiess. Die Sondirung, wie auch etwas stärkerer Druck auf das Keloid waren sehr schmerzhaft.

Der Teil des Läppchens, wo das Keloid sass, wurde excidirt, die Wundränder durch 3 Nähte vereinigt und ein Jodoformverband angelegt Nach 10 Tagen war die Heilung so vollständig, dass nur bei genauer Besichtigung eine feine, lineare Narbe am lobulus entdeckt werden konnte.

Verbildung der Ohrmuschel nach Variola.

(1 W.)

Am 2. Mai erschien Barbara W., 35 Jahre alt, Ambul. Z. 52.892, in der Ambulanz. Sie gab an, mit vollständig normalen Ohren geboren zu sein. Im 6. Lebensjahre erkrankte sie an Variola und sollen sich auf der rechten Ohrmuschel mehrere Pusteln befunden haben, durch deren Vereiterung und nachfolgende Vernarbung eine Difformität der Ohrmuschel zustande kam.

Status praesens: L. Ohrmuschel normal, 6 Ctm. lang; grösste Breite, vom Tragus gemessen 3 Ctm. R. Ohrmuschel nicht ganz 5 Ctm. lang, in derselben Höhe, wie links, $1^1/_3$ Ctm. breit. Der Helix grossentheils durch Eiterung zerstört, die erhaltene obere Partie $2^1/_2$ Ctm. lang; vom Anthelix nur einzelne Reste vorhanden. Die Concha fehlt ganz; Tragus normal. Oberhalb desselben zieht eine dünne dreistrahlige Narbe gegen den Rand der Ohrmuschel, welche in der Mitte, in der Höhe des oberen Bandes des Tragus, nach vorne geknickt erschien. Antitragus erhalten; der Lobulus fast auf das Doppelte verlängert. Der Gehörgang war in seinem äusseren Drittel etwas verengt, im weiteren Verlaufe vollkommen normal. Trommelfell und Hörweite normal.

Digitized by Google

Fremdkörper im äusseren Gehörgange.

In diesem Jahre gelangten im Ganzen 62 Fälle zur Beobachtung: 29 M.+33 W. Die Zahl der Extractionsversuche seitens Unberufener war auch heuer entschieden in Abnahme begriffen gegenüber früheren Jahren und betrafen dieselben meist von auswärts nach Wien gebrachte Kinder. 4mal mußte die Entfernung in der Narkose vorgenommen werden. In allen Fällen gelang sie auf dem Wege des äußeren Gehörganges. Der Art nach waren die Fremdkörper folgende:

10mal Bohnen, 8mal Kirschkerne, 6mal Maiskörner, je 4mal Kieselsteine und Johannisbrotkerne, ferner Wanzen, Ameisen, Fliegen, Papier, Zündhölzchen, Glasstücken, Kampher, Knoblauch, Watte.

Accumulatio ceruminis.

726 Fälle: 501 M.+225 W. Besonders bemerkenswert sind zwei Fälle; in dem einen litt ein Patient Jahre lang an Sausen am linken Ohre, welches, wie sich bei der Untersuchung herausstellte, von einem kleinen Cerumenstückchen erzeugt war, das brückenartig von der unteren Gehörgangswand gegen den Umbo hinzog. Nach Entfernung des Cerumens mittels Pincette verschwand das Sausen vollständig.

Der zweite Fall betraf ein Kind, das sich, wie die Mutter erzählte, in der Kindheit zwei Bohnen ins Ohr gesteckt hatte, von denen bloß eine entfernt worden war. Seit dieser Zeit bestehe zeitweilige Schwerhörigkeit. Die Untersuchung ergab als Ursache der Schwerhörigkeit Accumulatio ceruminis. Das ausgespritzte Ohrenschmalz enthielt in seiner Mitte wirklich eine Bohne.

Otitis externa circumscripta.

196 Fälle: 115 M.+225 W. Zeitweilig trat diese Erkrankung förmlich epidemisch auf. Bis auf wenige besonders hartnäckige Fälle gelang die Beseitigung dieser so schmerzhaften Erkrankung durch die an unserer Klinik seit Jahren bewährten Amygdalae aurium gelatinosae. Die wenigen obstinaten Fälle, sowie die Fälle von Abscessbildung im Gehörgange wurden nach den üblichen Methoden mit durchaus gutem Erfolge behandelt. Auffallend groß war im heurigen Jahre die Zahl der mit subperiostalen Abscessen combinirten Fälle von umschriebener Entzündung im äußeren Gehörgange. Fast immer war es möglich, durch Incision vom äußeren Gehörgange aus selbst ziemlich bedeutende Abscesse zur Heilung zu bringen und bloß 3mal unter 20 Fällen konnte die Incision von außen nicht vermieden werden.

Otitis externa diffusa.

Auch bei dieser Form der Entzündung des äußeren Gehörganges, die im Ganzen 72mal beobachtet wurde — 46 M. + 26 W. — leisteten die Amygdalae gelatinosae, wenn heftige Schmerzen und Schwellung im äußeren Gehörgange vorhanden waren, häufig sehr gute Dienste. Sonst wurde die übliche Therapie mit durchaus zufriedenstellendem Erfolge angewendet.

Digitized by Google

Ruptura traumatica membranae tymp.

16 Fälle: 11 M.+5 W. 6mal befand sich die Ruptur im vordern unteren, 3mal im hinteren unteren, je 2mal im vordern oberen und hinteren oberen Quadranten, je 1mal war knapp vor, resp. hinter dem Ende des Hammergriffs der Einriß erfolgt. 1mal fand sich eine doppelte Ruptur im unteren Segmente vor. Bezüglich der Form der Risse konnte man wahrnehmen, daß die dreieckige und rundlich ovale Form vorherrschte. Dreieckige Rupturen waren 4mal, ovale 3mal notirt. Außerdem waren 2 als spaltförmig verzeichnet. In allen Fällen konnte theils Narbenbildung, theils Atrophie des Trommelfelles in Folge chronischer Mittelohraffectionen nachgewiesen werden. Die Ursache der hier verzeichneten Rupturen waren nahezu immer Schläge, welche die Patienten auf das Ohr erlitten hatten. Erwähnenswert erscheinen außerdem noch mehrere Fälle, wo die Patienten sich selbst die Verletzung mit Haarnadeln, Zahnstochern und Ohrlöffeln zugefügt hatten. Interessant war ferner die Angabe eines Patienten, bei dem ein spaltförmiger Riß entlang des Hammergriffs bis knapp vor den kurzen Fortsatz hinauf constatirt worden war. Derselbe hatte sich wegen Sausens den kleinen Einger ins Ohr gesteckt in der Absicht, sich „das Ohr zu rütteln"; dabei war der Finger zuletzt so tief hineingeraten, daß er ihn nur unter ziemlich großem Kraftaufwande herausreißen konnte. Patient hörte dabei einen schußähnlichen scharfen Knall und bemerkte bei Anwendung des von ihm bereits jahrelang geübten Valsalva'schen Versuches, daß die Luft durchzischte. Bei seinem Erscheinen auf der Klinik wurde die oben erwähnte frische Ruptur constatirt. Unter antiseptischem Verschlusse des Gehörganges heilte die Rupturöffnung in wenigen Tagen vollständig.

Otitis media catarrhalis acuta.

347 Fälle: 235 M.+112 W. In diesem Jahre war die Zahl der acuten Fälle, gegenüber dem Vorjahre bedeutend geringer, da heuer die Influenza nur sporadisch auftrat. Dem entsprechend überwog auch bei den akuten Entzündungen die Zahl der leichten Fälle und war in der Regel die übliche Therapie von guter Wirkung. Im ganzen wurde bloß bei 30 Fällen die Paracentese mit durchaus ausgezeichnetem Erfolge geübt. In der Regel war die Heilung nach 10—14 Tagen erfolgt.

Otitis media suppurativa acuta.

141 Fälle: 96 M.+45 W. Besonders hier machte sich der Umstand geltend, daß heuer keine Influenza-Epidemie war. Auch bei der eitrigen Form der acuten Mittelohrentzündung waren die leichten nnd mittelschweren Formen überwiegend. Dennoch mußte in 40 Fällen die Paracentese des Trommelfells wegen heftiger Schmerzen und Fieber gemacht werden. Fast in sämtlichen derartig behandelten Fällen kam es ohne Complication zur Heilung. Nur 3mal war die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes wegen Abscedbildung im Knochen unvermeidlich. Die Mehrzahl war mit Durchspülungen per tubam mit physiologischer Kochsalzlösung, sowie durch Anwendung des Leiter'schen Kühlapparates zur Heilung gebracht worden. Die Dauer der Behandlung war im Mittel eine vierwöchentliche.

Digitized by Google

Otitis media suppurativa chronica.

884 Fälle: 514 M.+370 W. Dazu 107 Fälle, die mit Polypenbildung verbunden waren (81 M+26 W.), in toto demnach 991 Fälle. Die Behandlung war die übliche mit antiseptischen Ausspülungen und nachfolgender Anwendung antiseptischer Mittel in Pulverform oder in Lösung. Von ausgezeichneter Wirkung erwiesen sich auch heuer die Jodoformtampons, nicht nur bei Perforationen des Trommelfelles, sondern insbesondere bei Eiterungen aus dem oberen Trommelhöhlenraume.

Besonders erwähnenswert sind folgende Fälle:

Herrmann T., Ambul. Prot. Z. 51.436, 53 Jahre alt, Schneider, litt seit 4 Jahren an Schwerhörigkeit und Sausen beiderseits, Otorrhoe links. Am rechten Ohr fand sich ein Mittelohrkatarrh, links eine chronische Mittelohreiterung mit doppelter Perforation. Eine Perforation befand sich im hinteren oberen Quadranten; man konnte in der Tiefe trotz der bedeutenden Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut das Amboss-Stapesgelenk sehen.

Die andere Perforation sass in der memb. Shrapnelli. Sie war ziemlich gross und gewährte einen ganz guten Einblick in die Tiefe; die Schleimhaut des oberen Trommelhöhlenraumes war, wie in der Paukenhöhle, sehr stark secernirend, geschwollen, der Hammerhals sichtbar, nicht cariös. Bei der tactilen Untersuchung mit einer entsprechend gekrümmten Sonde konnte nirgends rauher Knochen nachgewiesen werden. Nach sorgfältiger Reinigung des Gehörganges wurde am 26. Jänner 1891 mit der zu diesem Zwecke von mir angegebenen Pincette ein Jodoformtampon durch die Perforatio memb. Sh. in den Atticus eingeführt, ein zweiter grösserer, der das ganze Trommelfell deckte, darüber gelegt und der Gehörgang mit Watte verschlossen.

30. Jänner Tamponwechsel. Secretion viel geringer.

15. Februar. Bisher Tampon 3mal gewechselt Secretion minimal.

5. März. Tampon ganz trocken. Nach der Herausnahme beide Perforationen vollständig trocken.

Unter den übrigen 6 Fällen, in denen die Tamponade von Erfolg war, ist besonders ein Fall mit beiderseitiger Eiterung aus dem Kuppelraume beachtenswert.

J. F. Arbeiter 23 Jahre alt, Ambul. Prot. Z. 52.450 erschien am 3. April in der Ambulanz mit beiderseitiger Otitis media supparativa chronica cum perforatione membranae Shrapnelli. Zuerst wurden die im oberen Trommelhöhlenraume angesammelten Retentionsmassen mittels Glycerineinträufelungen aufgeweicht und durch wiederholte Ausspülungen mit dem Drain entfernt.

Am 5. April wurde mit der Tamponade beider Attici begonnen, die in derselben Weise, wie vorhin angegeben, ausgeführt wurde.

6., 10., 15., 23., 25. April, 5., 20. Mai: Tamponwechsel.

Am 20. Mai Tampon beiderseits vollständig trocken, die Eiterung beseitigt Dieselbe kehrte in den nächsten Monaten nicht wieder.

Cicatrices membranae tympani.

172 M.+83 W., in Summa 255. Die Fälle von Narbenbildung im Trommelfelle wurden wegen des großen Interesses, den diese Formen bieten, separat verzeichnet. Auffallend war dabei die besondere Häufigkeit der Fixation der Gehörknöchelchen, deren Diagnose durch sorgfältige

Digitized by Google

Untersuchung theils mittels des Siegle'schen Trichters, theils mittels Sonde festgestellt wurde.

Am häufigsten war die Fixation des Hammers zu sehen, unter 52 Fällen 38 Mal.

Das meiste Interesse bieten mehrere Fälle von Fixation des Hammergriffes, bei denen es gelang, durch Lösung der Synechie und Wiederherstellung der verloren gegangenen Beweglichkeit des Hammers das Hörvermögen bedeutend zu bessern.

Simon W., 60 Jahre alt. Privat. Ambul. Prot. Nr. 52.130, erschien am 13 März in der Ambulanz. Er gab an, seit seiner Kindheit an beiden Ohren schwerhörig zu sein. Vor einigen Tagen sei ihm etwas ins rechte Ohr gefallen und bestehe seither starkes Sausen.

Status praesens: Beiderseits totale Destructio mb. tymp. Totale Narbenbildung rechts, links trockene Perforation, die Schleimhaut der Paukenhöhle sehnig weiss, glänzend. Besonders schön war der Befund am rechten Ohre, wo der an das Promontorium fixirte Hammer, das Amboss-Stapesgelenk, die Nische des runden Fensters, ein Theil der Sehne des Tensor tympani, die Chorda tympani und die Sehne des Stapedius sichtbar waren. Am Rande des vorderen Segmentes Kalkablagerungen. Nach Anwendung des Siegle'schen Trichters schwand das Sausen und besserte sich die Hörweite von 15 Ctm. auf 25 Ctm., links blieb sie auf 8 Ctm. bestehen.

Camilla G., 10 Jahre alt, Ambul. Prot. Nr. 52.128, litt seit frühester Kindheit an Schwerhörigkeit nach einer Scarlatina-Otitis. Seit 6 Wochen war links wieder Ohrenfluss aufgetreten. Bei ihrem Erscheinen am 12. März wurde folgender Ohrenbefund festgestellt:

Linkes Ohr: Profuse Otorrhoe, sehr übelriechend. Nach Entfernung der Eitermassen zeigte sich vollständige Destructio mb. tympani, Schwellung und Auflockerung der Paukenschleimhaut. Der Hammergriff deutlich zu sehen, auf das Promontorium retrahirt, frei. Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) 10 Ctm.

Rechtes Ohr: Keine Otorrhoe, Trommelfell total destruirt, mehrfache Narbenbildung. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters zeigte sich, dass der grösste Teil der Narbe an das Promontorium fixirt war. Der Hammer war sehr deutlich zu sehen; dessen kurzer Fortsatz stachelförmig vorspringend, der Griff sehr stark retrahirt, nach hinten oben dislocirt und durch breite Narbenzüge mit dem Promontorium verwachsen. Da ein Theil des Margo tympanicus durch die vorausgegangene Eiterung zerstört war, konnte man einen sehr guten Einblick in die hinteren Partien der Trommelhöhle gewinnen. Der Zugang zum runden Fenster, das Amboss-Stapesgelenk und die Sehne des Stapedius waren ausserordentlich deutlich zu sehen.

Da die Otorrhoe links durch einmalige Insufflation von Borsäure wahrscheinlich vollständig sistirte, erschien leider die Patientin nicht mehr an der Klinik und konnte demnach keinerlei Versuch der Hörverbesserung auf dem rechten Ohre gemacht werden. Die Hörweite betrug 5 Ctm. für die Uhr, 2 M. für die laute Sprache.

F. S., 36 Jahre alt, Schneider, Ambul. Prot. Nr. 53.502, leidet angeblich seit 12 Tagen am rechten Ohre an Schwerhörigkeit und Sausen. Am linken Ohre war er seit jeher taub. Bei seinem Erscheinen am 10. April fand sich beiderseitige Accumulatio ceruminis. Als er am 12. nach Entfernung des Cerumens nochmals untersucht wurde, zeigte sich folgender Befund:

Digitized by Google

Rechtes Ohr: Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) 10 Ctm. Trommelfell und Membrana Shrapnelli, wie auch ein grosser Theil der äusseren Wand des oberen Trommelhöhlenraumes destruirt, durch Narbengewebe ersetzt. Kurzer Fortsatz stark vorspringend, Hammergriff steil auf das Promontorium retrahirt, das Ende des Hammergriffs durch narbige Stränge mit der Paukenwand verwachsen. Im hinteren oberen Quadranten das Köpfchen des Steigbügels, ein Theil der Schenkel desselben, die Sehne des Stapedius, wie auch die Chorda tympani sichtbar. Auch die Nische des runden Fensters war deutlich zu sehen. Durch die Zerstörung der lateralen Atticuswand war ein grosser Theil des Kuppelraumes freigelegt und sah man den Hammerhals und einen grossen Theil des Hammerambossgelenkes durch die durchsichtige Narbe, welche an Stelle der Membrana Shrapnelli sich befand. Der Amboss selbst war bedeutend dislocirt und im Ambossstapesgelenk luxirt, so dass, wie oben geschildert, das Stapesköpfchen frei stand. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters bewegte sich die Narbe oberhalb des kurzen Fortsatzes, wie auch Theile der Trommelfellnarbe sehr lebhaft.

Linkes Ohr: Hörweite 1 Ctm. Befund ähnlich dem der rechten Seite.

Auch dieser Patient begnügte sich mit der durch Entfernung des Cerumens erlangten Hörweite und erschien nicht mehr an der Klinik.

Es mögen nun mehrere Fälle Erwähnung finden, in denen mit glücklichem Erfolge die Hörverbesserung durch operative Eingriffe unternommen wurde.

Leon G., 32 Jahre alt, Geschäftsmann, Ambul. Prot. Nr. 53.593, erschien am 17. Juni in der Ambulanz. Er gab an, links seit 10 Jahren, rechts seit 2 Jahren schwerhörig zu sein.

Status praesens 17. Juni. Rechtes Ohr: Totale Narbe. Bei der Untersuchung mit dem Siegle'schen Trichter bleibt der Hammer und der grösste Theil der Narbe unbeweglich. Im hinteren oberen Theile die Gegend des ovalen Fensters durch braune Massen verdeckt. Uhr 7 Ctm., Conversationssprache 2 M.

Linkes Ohr. Accumulatio ceruminis. Am 20. Juli erschien Patient abermals auf der Klinik mit dem Wunsche, man möge an ihm nöthigenfalls eine Operation versuchen, um sein Gehör zu verbessern. Thatsächlich gelang es, durch die Synechotomie sein Hörvermögen bedeutend zu heben. Es wurde dabei in der Weise vorgegangen, dass mit einem kleinen Messerchen die radiär vom Hammergriffende zur Paukenwand hinziehenden bindegewebigen Stränge durchschnitten und mit dem Synechotom (Wreden) dann der Hammergriff vollends degagirt wurde. Die Hörweite stieg auf 50 Ctm. für die Uhr, 4 M. für die Flüstersprache.

Am 3. September verliess Patient Wien mit einer Hörweite von 5 M. für die Flüstersprache.

M. B., 52 Jahre alt, Tischlersgattin. Ambul. Prot. Nr. 53.950, stand bereits vor 4 Jahren unter ambulatorischer Behandlung. Damals hatte sie an beiderseitigem Ohrenflusse gelitten, welcher vollständig beseitigt wurde. In der letzten Zeit trat starkes Sausen im linken Ohre auf. Bei ihrem Erscheinen am 8. Juli wurde folgender Befund constatirt:

Rechtes Ohr. Accumulatio ceruminis.

Linkes Ohr. Im hinteren Segmente des Trommelfelles eine sehr dünne am Promontorium anliegende Narbe, durch welche man die beiden Fenster sieht.

Digitized by Google

Der vordere Theil des Trommelfelles grau, verdichtet. Der kurze Fortsatz stark vorspringend, Hammergriff retrahirt, nach hinten dislocirt, durch mehrere derbe, radiäre, ligamentöse Narbenstränge fixirt. Bei der Untersuchung mit Siegle's Speculum war der Hammergriff und das vordere Segment des Trommelfelles absolut unbeweglich; die Narbe hingegen zeigte besonders hinten oben sehr lebhafte Beweglichkeit. Die Hörweite betrug für die Uhr 2 Ctm. (normal 4 M), für die laute Sprache 2 M.

Am 11. Juli wurde die Lösung der Synechie vorgenommen. Bis dahin war die Behandlung mittels Luftdouche ohne Resultat geübt worden was auch erklärlich war, da die Luft gar nicht in die Paukenhöhle drang. Beim Katheterismus hörte man wohl das Einströmen der Luft in die ziemlich weite Tuba, aber die Inspection ergab, dass die so leicht bewegliche Narbe ihre Lage absolut nicht änderte. Es wurde daher die oper tive Behandlung in der Weise vorgenommen, dass die radiären Stränge einzeln durchschnitten und mit dem Synechotom der Hammer und der fixirte Theil des Trommelfelles gelöst wurden. Daraufhin trat sofort eine überraschende Hörverbesserung ein: Uhr 40 Ctm, Flüstersprache 3 M., Conversationssprache durch den Saal (8 M.). Nach Anwendung der Luftdouche stieg die Hörweite auf 65 Ctm. für die Uhr nnd 6—8 M. für die Flüstersprache. Das Ohr wurde nun durch Jodoformgazetamponade vor schädlichen Einflüssen geschützt und Patientin durch mehrere Wochen beobachtet. Am 20. September wurde sie endgiltig mit einer Hörweite von ca. 8 M. für die Flüstersprache mit der Weisung entlassen, von Zeit zu Zeit an der Klinik zu erscheinen.

J. G., 43 Jahre alt, Agent, Ambul. Prot. Nr. 54.326, leidet seit Jahren an Schwerhörigkeit beiderseits. Am 30. Juli erschien er zum ersten Male in der Ambulanz der Klinik wegen starker Schmerzen, Sausens und heftiger Cephalalgie.

Status praesens: Rechtes Ohr. Narbe im hinteren Antheile des Trommelfelles, durch welche man den Zugang zum runden Fenster, nach oben davon das Ambos-Stapesgelenk sieht. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters bewegt sich die Narbe sehr lebhaft, der Hammer anfangs gar nicht; nach mehreren sehr kräftigen Aspirationen scheint eine kleine Locomotion derselben stattzufinden.

Linkes Ohr. Narbe im hinteren Segmente, Stapes-Ambossgelenk, Nische des runden Fensters sichtbar; Hammergriff retrahirt, durch eine nach hinten sich verbreiterndes, dreieckiges, sehnig glänzendes Ligament an die Paukenwand befestigt. Beim Siegle wird Fixation der Narbe an einzelnen Stellen beobachtet, sonst lebhafte Bewegungen; Hammersynechie. Hörweite beiderseits 10 Ctm. für die Uhr, Flüstersprache 1·5 M.

3. September. Beiderseitige Synechotomie. Patient fühlt sich bedeutend erleichtert und äussert unverhohlen seine Freude über das Schwinden der lästigen subjectiven Gehörsempfindungen. Hörweite für die Flüstersprache 5 M., Conversationssprache durch den Saal.

10. September. Status idem. Hörweite constant gebessert. Incisionen geheilt.

(Schluss folgt).

Digitized by Google

III. Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. 1. Januar 1891 bis 1. Januar 1892. Dr. G. Stetter. Docent für Chirurgie und Ohrenheilkunde zu Königsberg in P.

Das wichtigste Ereignis im abgelaufenen Jahre war die Umgestaltung des Königsberger Ambulatorium für Ohren-, Nasen- und Rachenkranke in eine Klinik und Poliklinik. An dieser Anstalt wurden im Ganzen 1053 Patienten, u. zw. 766 Ohren-, 207 Nasen-, 80 Halskranke behandelt. Mehr als die Hälfte aller Ohrenkranken entfällt auf Patienten im Alter unter 20 Jahren. Eine Tabelle giebt Auskunft über die Krankheitsformen. Von besonderem Interesse waren die zahlreichen Ohrenaffectionen nach Influenza, welche während des ganzen Berichtsjahres in Königsberg herrschte. Im Gegensatze zu den Beobachtungen anderer sah Stetter nach Influenza im Anfange stets eine Otitis externa diffusa, der erst später die eitrige Mittelohrenentzündung folgte, doch gingen diverse Fälle auch ohne Betheiligung des Mittelohres in Heilung über. Verf. versteht unter Otitis externa diffusa jede diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges auch ohne sichtbare Veränderung am Trommesfelle.

Die Otitis externa diffusa wurde im letzten Jahre durchwegs mit täglich zweimaliger Einträufelung von Alcohol absolutus und Applicirung eines alcoholgetränkten Tampon in der Zwischenzeit behandelt, u. zw. mit ausgezeichnetem Erfolge. Manchmal wurde diese Therapie unterstützt durch warme Kataplasmen hinter das Ohr, um das Abströmen des Blutes aus den centralen Gefässbezirken nach den Hautgefässen zu erleichtern. Mittels dieser Methode wurde auch ein durch ein eingeführtes Pfefferkorn entzündeter Gehörgang in 6 Tagen so weit durchgängig gemacht, daß der vorher wegen der Schwellung nicht sichtbare Fremdkörper mit dem stumpfen Haken umgangen und herausbefördert werden konnte.

Versuche, mit Cocaïn während der Ohroperationen Analgesie zu erzeugen, fielen selbst bei Anwendung einer 20% Lösung negativ aus.

Von den Erkrankungen des Trommelfelles beschäftigte St. besonders die Sclerose. Er trennt die Sclerose der Mittelohrschleimhaut in diagnostischer und prognostischer Beziehung scharf von der des Trommelfelles. In allen Fällen von Sclerose des Trommelfelles lasse sich eine Gehörverbesserung durch Erhöhuug der Schwingungsfähigkeit des Trommelfelles erzielen.

Dies wurde durch Benutzung der resorbirenden Wirksamkeit des Sozojododes angestrebt und damit in sämmtlichen Fällen im Durchschnitt eine Verbesserung der Function von 11·3 cm in 35·9 Tagen erreicht, worüber eine ausführliche Tabelle genauen Aufschluß giebt.

Bei Otitis media purulenta bewährte sich Lysol in 1% Lösung als Eiterung beschränkendes, in 2—2½% Lösung als desodorisirendes Mittel.

Pulvis zinc. sozojod. mit Talc. venet. wurde bei Otitis media purulenta mit größeren Trommelfelldefecten verwendet. Die damit behandelte Anzahl der Fälle gestattet noch kein endgiltiges Urtheil über dieses Mittel. Die mit Natrium tetraboricum erzielten Resultate waren nicht so günstig wie die Jänike's.

Von 215 eitrigen Mittelohrentzündungen verliefen nur 9 Fälle mit Affection des Processus mastoideus, weshalb 4 mal Wilde'sche Incisionen

Digitized by Google

und 5 mal die Trepanation des Warzenfortsatzes nothwendig wurde, von denen ein Fall letal verlief.

Die Entfernung großer Ceruminalpfröpfe, welche sich weder durch Oeleinträufelungen noch durch Kalium carbonicum erweichen liessen, wurde derart vorgenommen, daß in einem derartigen Propf ein 3—4 mm tiefes Loch mit dem Tamponträger gebohrt wurde, worauf sich das Cerumen leicht ausspritzen ließ.

Von besonderem Interesse waren folgende Fälle:

1) Scheinbar einfache, die hintere Hälfte des Meat. audit. extern. ausfüllende, polypöse Wucherung, später successive Lähmungserscheinungen im Bereiche des IV.—XII. Hirn-Nervenpaares. Wegen der Wahrscheinlichkeit einer diffusen Basaleiterung: Trepanation im Os occipitis, auch nach Punction der Dura entleert sich kein Eiter. Nach $1^1/_2$ Monaten Exitus letalis. Sectionsbefund: Zerstörung des Felsen- und Hinterhauptbeines und des Clivus durch ein Rundzellensarcom mit jauchigem Zerfall.
2) Ein Cancroïd der hinteren Gehörgangswand wurde nach Ablösung der Ohrmuschel mit dem knorpeligen Mutterboden entfernt. Prima intentio in der Suturlinie.
3) Die Tenotomie des Tensor tympani wurde wegen äusserst quälender entotischer Geräusche an einem 58jährigen, fast total tauben Manne gemacht. Auf der einen Seite augenblicklicher, sehr guter Erfolg, auf der anderen Seite ohne Erfolg. Luftdouche brachte jedesmal Verschlimmerung.

St. erklärt sich gegen die in Ausbildung begriffene Polypragmasie bei Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes und billigt operatives Vorgehen nur, wenn die medicamentöse Behandlung voraussichtlich wirkungslos oder langwierig ist. Muschelhypertrophien wurden, wenn die Nasenathmung behindert war, cauterisirt, um der durch die Mundathmung an den meist scrophulösen Kindern erleichterten Ausbildung von Lungenleiden vorzubeugen. Bei Pharyngitis granulosa wurden die Granulationsgeschwülstchen durch galvanokaustische Stichelungen verödet.

Eine Tabelle giebt Uebersicht über Gegenstand und Art der an der Anstalt im Berichtsjahre ausgeführten Operationen.

Dr. R. Hitschmann.

Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren, Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh des Trommelfells. Von S. Sexton in New-York. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XXIII. 2.

Bisheran hat bei den deutscheu Ohrenärzten die Verbesserung der Hörfähigkeit unter den Indicationen zur Entfernung des Hammers und Ambosses keine Rolle gespielt, weil die Resultate nach dieser Richtung hin keine verlockenden waren. Anders scheint es bezüglich der Erfahrungen amerikanischer Ohrenärzte zu stehen; denn S. empfiehlt die sonst nur zur Beseitigung chronischer Otorrhoen ausgeführte Extraction der cariösen Gehörknöchelchen auch bei Mittelohrsclerose auf den rigid gewordenen, sonst gesunden Hammer und, wenn erreichbar, Ambos auszudehnen, da jede andere Behandlung uns bekanntlich im Stiche läßt. In einer größeren Reihe derartig operirter Fälle hat S. sehr gute Resultate bezüglich anhaltender Verbesserung des Gehörs erzielt; sehr beschränkend

Digitized by Google

lautet jedoch der Ausspruch, daß besonders bei Personen über 40 Jahre keine auffallende Besserung einzutreten pflege. Um eine Regeneration des excidirten Trommelfells auf die Dauer zu verhüten, wartet S. zunächst die Neubildung der Membran ruhig ab und entfernt dieselbe dann auf's Neue; mitunter muß dies 2 oder 3 mal geschehen, bis eben die Neigung zur Regeneration erlischt. Einige Fälle illustriren das Angeführte.

Keller.

Beträchtliche Hörverbesserung durch Entfernung des Steigbügels. (Remarkable improvement in Hearing by removal of the Stapes.) Von Dr. Jack, Massachusetts. (Transactions of the American Otological Society, July 1892.)

Die bisherigen (cf. vorstehendes Referat) zum Zwecke der Hörverbesserung gemachten Operationen an den Gehörknöchelchen hatten vor dem Stapes Halt gemacht; J. thut, weil er mit den Resultaten noch nicht zufrieden ist, noch einen kühnen Schritt weiter und nimmt den Stapes weg und zwar, wenn keine Caries von andern Hörknöchelchen auch deren Beseitigung erfordert, mit völliger Erhaltung von Hammer und Ambos. Der Autor hatte in einem Falle, wo er wegen chronischer Otorrhoe den cariösen Hammer und Ambos entfernt hatte, auch das Stapesköpfchen entzündet gefunden, und, weil er bei Zurücklassung derselben sich keinen vollen Erfolg für die Heilung des Ohrenflusses versprechen konnte, es gewagt, gestützt auf die bekannten Extractionen des Stapes bei Thieren, auch diesen noch zu entfernen. Schon am folgenden Tage zeigte sich eine solch' auffällige Hörverbesserung, daß J. sich sofort entschloß, auch bei trockenem Mittelohrcatarrhe lediglich zwecks Hörverbesserung die Operation auszuführen, um so mehr, als die Reaction eine auffallend geringe war. Innerhalb weniger Wochen gelang ihm dies in 17 Fällen, von denen zwei sogar eine beträchtliche Ohreiterung aufwiesen, während es sich bei den anderen um abgelaufene eitrige Mittelohrentzündungen mit Perforation oder Trommelfellnarben, bei mehreren um reine Mittelohrsclerose handelte. Bei allen Fällen war die Gehörverbesserung, hauptsächlich für die Sprache, eine eclatante und blieb es während einer bis zur Abfassung der Arbeit 4 monatlichen Beobachtung. Die Reaction war stets eine auffällig geringe, irgend welche bedrohlichen Folgen stellten sich nicht ein, nach 1—2 Tagen konnten die Patienten das Bett verlassen, Schwindel und Erbrechen traten in stärkerem Maaße nur vereinzelt auf. Die Wichtigkeit des Gegenstandes begründet eine kurze Wiedergabe einzelner Operationsfälle, sowie der Operationsmethode. Was zunächst letztere betrifft, so excidirt J. ein umgekehrt V förmiges Stück Trommelfell über der Gegend des Ambos-Stapesgelenks, wodurch meist eine genügende Uebersicht über langen Ambosschenkel und Stapesgelenk sowie die etwaigen pathologischen Verwachsungen und sonstigen Verhältnisse gewonnen wird. Von größter Wichtigheit ist die nun vorzunehmende Durchtrennung des Stapedius, gelingt dieselbe nicht vollständig, so retrahirt später nach Durchtrennung des Ambos-Stapesgelenks der Muskelrest das Stapesköpfchen derart nach rückwärts, daß seine Auffindung die größten Schwierigkeiten verursacht. Die Tenotomie wird mit einem schlanken Messerchen[1]) ausgeführt, welches

[1]) Das betreffende Instrument, dessen Abbildung dem Texte beigegeben ist, ist nichts Anderes, als das Myringotom von Gruber. (S. dessen Lehrb. II. Aufl. S. 338).

Digitized by Google

hinter das Stapesköpfchen geführt wird und dicht am Knochen die Sehne trennt. Mit einem sehr kleinen, stumpfwinklig zum Stiele aufsitzenden dreieckigen Messerchen wird sodann die Gelenkverbindung zwischen Ambos und Stapes von hinten nach vorne zu durchtrennt; ist nun der Steigbügel noch nicht völlig gelockert, so geht man noch einmal mit einem spitzen Messerchen rings um das Köpfchen herum. Ein feines, rückwärts eingesetztes Häkchen entfernt nun den Stapes mit einem leichten Zuge, wobei sich eine Art saugender Bewegung bemerklich macht (some suction). Cocain zur Verhütung von Blutung auf dem kleinen Operationsfelde war nur selten nöthig. Nach der Operation wurde das Ohr mit aufsaugender Watte gut verstopft, einige Male auch Ausspritzungen mit Sublimatlösung gemacht. 2—3 Tage Bettruhe. Bei Ohreiterungen, abgelaufenen oder auch noch bestehenden, war die Operation allemal schwieriger als bei trockenem Catarrh. — 1. Fall ist der oben angeführte; 12jähriger Knabe; Verlangsamung des Pulses im Momente der Stapesextraction. Nach der Operation leichter Schwindel, kein Schmerz; alsbald gewöhnlich laute Sprache besser gehört, nach 19 Tagen 21 Fuß weit, Ohr trocken. 2. Fall. 12jähr. schwächlicher Knabe; chronische rechtsseitige Mittelohreiterung; kleiner Trommelfellrest, Hammergriff weggefressen. Gewöhnliche Sprache 10'. Trommelfell- und Hammerreste, sowie Ambos und Stapes entfernt; Ausspritzung mit Sublimatlösung (!); Wattepfropf. Während 24 Stunden heftiger Schwindel. 4 Wochen später Ohr fast trocken; Flüstersprache 8', gewöhnliche Sprache 18'. — 3. Fall. 12jähriger Knabe, links chronische Ohreiterung mit kleiner Perforation in der M. Flaccida, übriges Trommelfell intact. Flüstern in 18", gewöhnliche Sprache 20'; Uhr $^4/_{60}$. Entfernung des ganzen Trommelfelles und sämmtlicher Gehörknöchelchen; von der Stapesplatte blieb ein kleines Stück im Fenster zurück. Attic voll von Granulationen; Auslöffelung. Nach 3 Wochen nur noch geringe Secretion; Flüsterstimme 8', gewöhnliche Sprache 20'. Uhr dagegen $^2/_{60}$. — 4. Fall. Schwächliche Frau; Narbe im Trommelfell in Folge vorausgegangener Mittelohreiterung. Nur Stapes entfernt; erschwert wegen Retraction des Knöchelchens durch den nicht völlig durchtrennten Stapedius. Schwindel und Brechneigung für 24 Stunden. Keine Pulsverlangsamung, keine Blutung. Uhr vor der Operation $^3/_{60}$, nach derselben $^{10}/_{60}$; gewöhnliche Stimme 15', nachher 20'; Flüstern 8'. — 5. Fall. 40jähriger Mann. Seit 25 Jahren nach Ohreiterung sehr schwerhörig rechts; daselbst lästiger Kopfdruck; große Perforation, Hammergriff adhärent, langer Ambosschenkel nicht zu sehen, Stapesköpfchen mit einer dicken narbigen Membran bedeckt. Uhr $^0/_{60}$, Flüstern nicht gehört, laute Sprache 1'. Operation, die Hälfte der Fußplatte blieb stecken; trotzdem Hörschärfe am nächsten Morgen für Uhr $^1/_{60}$; lautes Flüstern 2', laute Sprache 20'. In der 3. Woche Ohr geheilt; Gehör dasselbe geblieben. — 6. Fall. 20jährige Frau; bis vor 2 Jahren eitriger Ohrenfluß links; Trommelfell, Hammer und Ambos nicht mehr vorhanden, Stapes mit Narbengewebe bedeckt. Flüstern und gewöhnliche Sprache = 0, laute Sprache 1'. Uhr $^0/_{60}$. Stapes wird ganz entfernt; kein Schwindel oder Schmerz; Gehör beträchtlich alsbald verbessert. Flüstern 1', gewöhnliche Sprache 15', laute 20', Uhr $^1/_{60}$. Nach 1 Monat Ohr trocken, Gehör dasselbe, so daß Pat. als Stenographin wieder thätig ist. — 7. Fall. 18jähriger Jüngling; rechtsseitige Schwerhörigkeit; Trommel-

Digitized by Google

fell zum Theil zerstört, Rest kalkig; bis vor einigen Jahren Ausfluß. Stapesköpfchen wird bei der Operation erst nach Ausschneiden meist verkalkter Adhäsionsbänder aufgefunden; es gelingt wegen fester Verwachsung im ovalen Fenster nur die crura stapedis stückweise zu entfernen; Fußplatte bleibt im Fenster zurück; Pulsverlangsamung. Kein Schmerz nachher. Gehör für Uhr erhöht von Contact auf $^{8}/_{60}$; gewöhnliche Sprache von 9 auf 30′ erhöht, Flüstersprache 4′. — 8. Fall. 17jähriges Mädchen. Große rechtsseitige Perforation, Stapesköpfchen durch dieselbe gut erkennbar; wird leicht entfernt; beträchtliche Pulsverlangsamung während der Bewegung des Stapes. Nach 17 Tagen der vorher bestandene Tinnitus geringer geworden; Gehör für Flüstersprache von 4 auf 15′ gestiegen, ebenso gewöhnliche Sprache weit besser gehört, sonderbarer Weise auch hier wieder ein schlechteres Hören der Uhr, vor der Operation $^{25}/_{60}$, nach derselben $^{13}/_{60}$. — 11. Fall. 35jährige Frau; vor 6 Monaten totale Taubheit links mit Tinnitus und Schwindel. Entstehung unbekannt. Trommelfell etwas verdickt. Stapes wird entfernt; Abends hörte Pat. schon mit dem linken Ohr; andern Morgen ergab sich: Flüstersprache 7′, gewöhnliche Sprache 10′, laute 20′; kein Schwindel mehr; nach 14 Tagen Wunde völlig verheilt, Gehör in demselben Umfange geblieben. — 12. Fall. 20jährige Patientin; seit einigen Jahren beiderseitiger trockener Mittelohrcatarrh; links war eine kleine Narbe am Trommelfell sichtbar, von früherer Otorrhoe nichts bekannt. Gehör daselbst sehr schlecht. Stapes entfernt, viele Adhäsionen. In den ersten Tagen etwas Schmerz und Schwindel, Temperatur in der ersten Nacht 1 über der Norm. Alsbald Gehör wesentlich besser, gewöhnliche Sprache von 1 auf 10′, laute Sprache von 4 auf 18′. Drei Monate später auf Wunsch der Pat. dieselbe Operation auf dem anderen Ohr mit demselben Effect für das Gehör.

Der Autor schließt seine höchst interessanten, wenn auch nach mancher Seite unvollständigen Mittheilungen mit dem Satze: „Wenn wir im Stande sind, Schwerhörigen durch die beschriebene, keine Gefahren in sich schließende Operation das Gehör wieder zu geben, so verdient dieselbe alle Beachtung.“ Die Gefahrlosigkeit der Operation wird allerdings ihr Schicksal in erster Linie entscheiden müssen.

Keller.

Ueber einen möglichen Fehler beim Valsalva'schen Versuch. (Sur une cause d'erreur possible dans l'épreuve de Valsalva). Von Dr. Lannois. (Revue de laryngologie 1891. No. 10).

Eine schwerhörige Dame zeigt ein deutliches Ohrenzischen beim Valsalva'schen Versuch, welches den behandelnden Arzt eine Perforation des Trommelfelles diagnosticiren ließ. Es war aber keine Perforation zu sehen. Eine genaue Beobachtung zeigte aber nachher, daß das Zischen nicht während des Valsalva'schen Versuches, sondern gleich nachher sich bemerkbar machte. Der Catheterismus des betreffenden Ohres zeigte übrigens, daß die Eust. Trompete fast gänzlich verstopft war. Das Zischen dauerte 10 Tage an; nachher war das Trommelfell nicht mehr geröthet und die Tuba durchgängig; das Zischen kam also in der Eustachischen Trompete zu Stande in dem Momente, wo die durch den Valsalva'schen

Digitized by Google

Versuch comprimirte Luft in dem Mittelohr zu entweichen suchte; das Trommelfell während der ganzen Dauer des Geräusches nach aussen gebaucht.

Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. Von Dr. Hopmann in Köln. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. 32.)

H. führt an der Hand einer Statistik von 177 einschlägigen Fällen den Nachweis, daß das Vorkommen von Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren kein allzuseltenes ist; nach seinen Erfahrungen ereignet sich dasselbe einmal unter 25—30 Polypenfällen. Vornehmlich handelte es sich um Schleimpolypen, doch auch Himbeer- und Fleischpolypen wurden beobachtet.

Beschorner.

Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe. Von Dr. Fr. Oppenheimer. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 40).

Fünf Fälle von Amenorrhoe, bei welchen nach Abtragung der hypertrophischen hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln die Menstruation regelmäßig wiederkehrte. O. will zwar aus der zu geringen Zahl von Beobachtungen noch keine bestimmten Schlüsse ziehen, hält aber doch nicht für unmöglich, daß die Beziehungen der beiden hierbei in Frage kommenden Organe als eine bisher nicht beobachtete Erscheinungsform der nasalen Reflexneurosen und zwar als einer vasomotorischen, zu deuten sei.

Beschorner.

Intraoculaire Augenaffectionen im Gefolge von Nasenkrankheiten. (Des affections intraoculaires consécutives aux maladies du nez. Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V, No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Ein 65jähriger Schmied litt an einem linksseitigen intranasalen, malignen Tumor, welcher sich nach dem Nasenrachenraum hin ausbreitete und die linke Hälfte desselben ausfüllte. Linksseitiger Exophthalmus und absolute linksseitige Amaurose. Infiltration der submaxillaren und corticalen Lymphdrüsen der betreffenden Seite. Operatives Vorgehen ausgeschlossen. Tod ungefähr 8 Wochen nach der ersten Untersuchung. Bemerkenswerth bei dem Fall war, daß einfache Injectionen von Salzwasser in die Nase mittelst Mayer'scher Spritze, durch welche große Mengen eitrigen fötiden Schleimes entfernt wurden und welche dem Kranken große Erleichterung gewährten, das Gesichtsfeld des rechten Auges erweiterten, so zwar, daß im Verlaufe von 8 Tagen nahezu normale Ausdehnung desselben erzielt wurde. Z. glaubt, daß es sich hierbei um eine, von den hyperämischen Gefäßen der Nase nach dem Innern des Augapfels zu fortschreitende collaterale Blutnase handelte, was um so glaublicher erscheint, wenn man die zahlreichen Anastomosen berücksichtigt, welche zwischen den Gefäßen der Nase einerseits und denen der Orbita und des Auges andererseits bestehen. Indem er nun die Nasenathmung wiederherstellte, die aspi-

Digitized by Google

ratorische Kraft der Lungen vermehrte, erleichterte er die gesamte Blutcirculation, somit auch die der Nase und der benachharten Parthien (Proceß. ciliar., retina etc.) und erreichte das im vorliegenden Falle günstige Resultat.

Beschorner.

Nicht traumatische Verbiegungen der Nasenscheidewand. Classificirung. Embryologie. Allgemeine Regeln der Behandlung. Von Henri Chatellier. (Arch. internat. de laryngolog. etc. V. No. 3. May-Juny 1892.)

An Verticalschnitten durch die Nasenhöhlen 3—4monatlicher menschlicher Embryonen fand Ch. die Hauptpunkte, an denen sich ihrer Beschaffenheit nach am leichtesten und häufigsten die Verdickungen und Verbiegungen der Nasenscheidewand vollziehen und die Wachsthumsverhältnisse, welche das Zustandekommen jener bedingen. Dieselben werden an, nach der Natur gezeichneten und schematischen Abbildungen erläutert. Das Operationsverfahren muß dementsprechend darauf gerichtet sein, im ersten Falle die Verdickungen zu beseitigen und giebt Chatellier hierbei dem Bosworth'schen Verfahren mit Scheere und Säge den Vorzug, da es gleichermaßen der knorpeligen wie knöchernen Structur der Hyperplasie gerecht wird — im anderen Falle die Verbieguugen durch Verkürznng des Septums aufzuheben, ohne aber hierbei Weichtheile zu beseitigen, da sonst dauernde Perforation erzeugt würde. Zu diesem Zweck wendet er eine Methode mit Schonung der Schleimhaut, des Periosts oder Perichondriums an, die er in 5 Fällen mit vollem Erfolge ausgeführt hat, das aber wie er selbst zngesteht, bereits 1883 von Petersen, 1891 von Cholewa beschrieben worden ist.

Beschorner.

Ueber einige Uebelstände der Nasendusche und wie man selbe verhindert. (Sur quelques inconvénients de la douche nasale et sur le moyen de les éviter.) Von Dr. Juarez de Mendoza. (Revue de laryngologie 1892 No. 10).

Man muß zuerst die Permeabilität der Nasenhöhlen feststellen und wenn selbe nicht vollständig ist, muß man mit dem Galvanocauter behandeln, bevor man eine Medication mit Nasendouschen beginnt. Statt der gewöhnlichen Nasendouschen und Behälter, welche die Flüssigkeit unter immer wechselndem Drucke in der Nase fließen lassen, hat V. einen 200 Gramm enthaltenden Behälter anfertigen lassen, welcher immer unter gleichem Drucke arbeitet. Beschreibung und Anwendung des Apparates werden am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Nasendeformation bei Idiotismus. (Déformation du nez chez les idiots.) Von Dr. Revillet. (semaine médicale und Revue de l'aryngologie 1892 No. 4).

Die Hälfte der Idioten haben eine Verkrümmung der Nasenscheidewand nach links, bis zur Nasendeformation, während das Uebel bei Gesunden selten ist; infolge dessen ist die Hypertrophie der Schleimhaut, der Muscheln und der Scheidewand linkerseits ein fast constantes Symptom.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Beitrag zum Studium der Kehlkopf-Knorpelfracturen. (Contribution à l'etude des fractures des cartilages du larynx.) Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V. No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Die Ansicht von Arbuchnot Lane, daß Kehlkopf-Knorpelfracturen viel häufiger und von nicht so schwerer Bedeutung seien, als gemeiniglich angenommen werde, (L. fand bei 100 nicht ausgewählten Leichen des hôpital de Guy 9 Fälle derartiger geheilter Fracturen), findet in letzterer Richtung eine Bestätigung durch den von H. mitgetheilten Fall. Derselbe betrifft einen 37 Jahre alten Maler, welcher durch einen Sturz eine heftige Contusion der rechten vorderen Halsseite erlitt. Der laryngoscopische Befund und weitere Krankheitsverlauf ließ mit einiger Sicherheit auf Fractur der Ringknorpelplatte schließen. Die verhältnismäßig geringen Krankheitserscheinungen, inbesondere Dyspnoe, beträchtliche ödematöse Anschwellung des rechten Aryknorpels und Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes schwanden innerhalb von 6, danach auch das Sugilat innerhalb von 12 Tagen nach dem Unfall und konnte hierauf volle restitutio ad integrum constatirt werden.

Beschorner.

Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsäule. Studie über die Beziehungen des Kehlkopfes zur Wirbelsäule. (Un cas de blessure de la colonne vertébrale, étude des rapports du larynx avec la colonne vertébrale.) Von Dr. Max Scheier in Berlin. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V. No. 5 Septbr.-Octbr. 1892).

Die Angaben über Lageverhältnisse der einzelnen Theile der Halswirbelsäule zu denen des Kehlkopfes sind vielfach von einander abweichend und stützen sich zumeist auf Untersuchungen an der Leiche. Sch. hatte Gelegenheit dieselben, namentlich wie sie von Demme gemacht wurden, am Lebenden zu controliren und zwar an einem 30 Jahre alten Zimmermann, welcher von einem 20 Meter hohen Gerüst herabgefallen, sich eine Fractur, Bänderzerreißung und Luxation des 5. und 6. Halswirbels, mit nach 12 Tagen tötlichem Ausgange zugezogen hatte. So zeigte sich, daß der unterste Theil des Aryknorpels genau der Gelenkverbindung des 6. und 7. Wirbels, der Ringknorpel dem Körper des 6. und der unteren Parthie des Halswirbelkörpers entsprach. Die Spitze des Aryknorpels corespondirte mit der Höhe der oberen Hälfte des 5. Wirbels und die aufrecht stehende Epiglottis erreicht nahezu den oberen Rand des 3. Halswirbels. Bemerkenswerth in dem Falle war noch, daß durch die nahezu absolute Unbeweglichkeit, in welche der Kehlkopf infolge des Extensionsverbandes, der oberflächlichen Respiration und der nur flüssigen Ernährung des Kranken verharrt hatte, entsprechend der hinteren Fläche des Ringknorpels sich ein Druckgeschwür in der Größe eines 50 Centimestückes auf der hinteren Rachenwand gebildet hatte.

Beschorner.

Ueber die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des sinus maxillaris. (Du traitement des suppurations rebelles du sinus maxillaire.) Von Dr. A. Cartaz. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. 2. No. 5. September-October 1892.)

Digitized by Google

In Fällen, wo hervorgerufen durch ganz besonders tiefgehende Störungen der Schleimhaut des sinus maxillaris, die Eiterung eine außergewöhnlich hartnäckige ist und lang fortgesetzte antiseptische Ausspülungen durch die perforirte Zahnalveole erfolglos sind, wendet C. zunächst Einblasungen von Jodoform oder Aristol, eventuell Injectionen von Zinkchlorur an, und wenn auch diese nicht zum gewünschten Resultate führen, eröffnet er die Highmorshöhle von der Fossa canina aus und läßt eine ausgiebige Curettage jener folgen. Die Beschreibung zweier so behandelter und geheilter Fälle zeugt von der Verläßlichkeit der Methode.

Beschorner.

Ueber einige, durch Hypertrophie der vierten Tonsille (Zungentonsille) hervorgerufenen Symptome. (De quelques Symptomes dûs a l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue.) Von Dr. Cl. Chauveau. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. 8, No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Ein 40 Jahre alter Schuster von robuster Constitution litt seit 10 Jahren an Halsbeschwerden, die sich innerhalb der letzten 3 bis 4 Jahre steigerten und schließlich in Anfälle ausarteten. Characteristisch waren dieselben durch plötzliche Schmerzen in der Gegend des linken großen Zungenbeinhorns, durch Würgegefühl, nach Wange, Ohr und linke Brust ausstrahlende Empfindungen, beträchtliche Speichelabsonderung und krampfhafte Erscheinungen in der ganzen linken Körperhälfte. Die Anfälle dauerten etwa $^1/_2$ Minute und wurden insbesondere hervorgerufen durch Schlucken fester Speisen. Da Patient dies mehr und mehr unterließ, litt am Ende die Ernährung in dem Maße, daß er körperlich in hohem Maße herunterkam und das Leben ihm zur Last wurde. Nach galvanocaustischer Zerstörung der hypertrophischen Zungentonsille sistirten die Anfälle und Patient genas vollkommen.

Beschorner.

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralys. agitans. Von Dr. Rosenberg in Berlin. (Berl. klin. Wochenschrift 1891 No. 31.)

Die Beobachtung eines Falles von, seit 30 Jahren bestehenden Paralys. agitans bei einem 62jährigen Manne, der eine genaue laryngoscope Untersuchung gestattete und bei dem, was beachtenswerth, das velum palatinum und die Epiglottis an den Bewegungsstörungen theilnahmen, führt R. zu dem Resultat, daß die Motilitätsanomalien der Kehlkopfmusculatur bei der in Frage kommenden Krankheit zwar mancherlei Aehnlichkeit aufweisen mit den bei anderen centralen Störungen, insbesondere multipler Sclerose beobachteten, sich schließlich aber doch als absolut kenntlich von ihnen unterscheiden und daß anderseits dieselben Erscheinungen an den Larynxmuskeln beobachtet werden, wie an denen des übrigen Körpers — der Tremor, die Verlangsamung in der Ausführung intendirter Bewegungen, verbunden mit unverhältnissmäßiger Ermüdung.

Beschorner.

Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. Von Dr. D. Kulenkampf und Dr. H. Naltenius. (Berl. kl. Wochenschr. 1892. No. 36.)

Digitized by Google

Absolute Einseitigkeit der Affection bei einem 59 Jahre alten, kräftig gebauten Manne, durchaus normales Aussehen der übrigen Theile des Kehlkopfes, frühzeitig auftretende, in den Nacken ausstrahlende, intermittirende Schmerzen und stetig zunehmende, sich bis zur völligen Fixation steigernde Schwerbeweglichkeit des erkrankten Stimmbandes, ohne daß die äußere Contur des betreffenden Aryknorpels irgend eine Veränderung erkennen ließ, stützten die Diagnose; beachtenswerth erschien das gänzliche Fehlen von Drüsenschwellungen am Halse, wodurch die Ansicht eine Bestätigung findet, daß vergrößerte Halsdrüsen fast mit Sicherheit darauf hinweisen, daß das Carcinom außerhalb des Kehlkopfes seinen Ursprung genommen, resp. wenn im Innern des Larynx begonnen, bereits auf die Umgebung übergegriffen hat. — Es wurde die halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes vorgenommen. Der Zustand des Kranken ist bislang (10 Monate nach der Operation) ein ausgezeichneter. Die Stimme rauh und belegt, genügt vollständig, daß Patient sich über Tische in Gesellschaften oder an der Börse gut verständlich machen kann. Er vermag sogar eine Tonleiter von mäßigem Umfange wiederzugeben; es fehlt nur Ausdauer und Kraft beim Sprechen. — Die Untersuchung des Präparates ergab Carcinom; die neugebildeten Massen erstreckten sich nach abwärts bis an den Ringknorpel. Beschorner.

Einige Beobachtungen, das Erysipel des Kehlkopfes betreffend. (Quelques observations relatives à l'érisypèle du larynx.) Von Dr. Sokolowski in Warschau. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V. No. 5, September/October 1892.

Mittheilung von vier einschlägigen Fällen. Im ersten, (junge Dienstperson) handelte es sich um phlegmonöse Entzündung des Kehlkopfs mit oedematöser Anschwellung, welche unzweifelhaft einer typischen angina lacunaris ihre Herkunft verdankte. In den Lumen der Mandeln wurden Streptococcen und Diplococcen nachgewiesen. Günstiger Verlauf; im zweiten (60 Jahre alte Dame) um eine ebensolche Entzündung, die mit eitriger Infiltration des Kehlkopfes, einem Gesichtserysipel und tötlich endete. Der dritte Fall, mit Heilung abschließend, betraf eine 30 Jahre alte Frau und mußte als acutes Kehlkopfoedem, hervorgerufen durch eine, in der Mandellocalisation, den Character einer diphteritischen Affection tragenden Entzündung, aufgefaßt worden; der vierte endlich (40 Jahre alte Frau) verlief gleichfalls günstig und ließ einen Zusammenhang zwischen der ödematösen Hyperämie des Kehlkopfes und der primären entzündlichen Rachenaffection erkennen. Die beiden letzten Fälle bezeichnet P. als gutartiges Kehlkopf-Erysipel. Beschorner.

Ueber die centripetale Leitung im nervus vagus und speciell im nervus laryngeus inferior. Von Dr. Burkart in Bonn. (Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 39.)

B. hebt die Thatsache hervor, daß die Narcose des Versuchsthieres von eminenter Bedeutung ist für das Ergebnis von Reizversuchen an den

Digitized by Google

im Stamm des N. vagus verlaufenden, mit den Athembewegungen in Beziehung stehenden centripetalen Nervenfasern und daß die Vernachlässigung dieser Thatsache zum allergrößten Theil die Differenz, welche bei den Experimentaluntersuchungen der verschiedenen Forscher über die Reizaffection (Athmung — Zwerchfell) am centralen Ende des N. vagus und des N. recurrens zu Tage getreten ist, erklärt.

Beschorner.

Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. Von Dr. Benno Halz in Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 33.)

Ein 47 Jahre alter Locomotivführer erlitt i. J. 1887 beim Auffahren seiner Locomotive auf eine andere eine Quetschung in der Gegend der unteren Brustwirbel, ein Unfall, welcher eine Fülle von psychischen Störungen und lähmungsartigen Erscheinungen zur Folge hatte. Jetzt (1891) bestehen auf der linken Körperhälfte schwere neologische und sensible Anomalien, welch letztere Lähmung (Empfindungslähmung) in der Mundhöhle, im Pharynx, jedoch nicht im Kehlkopfe nachweisen lassen. Wohl aber besteht hier eine Parese der musculi adductores und der musculi cricoarytenoidei postici, welche sich durch die bei der Phonation und Respiration characteristischen Glottisbilder nachweisen läßt. Auf Grund der subjectiven Erscheinungen, sowie der objectiven Symptome, welche der Kranke darbietet, namentlich der Störungen der motorischen, sensiblen und sensorischen Sphäre, stellt H. die Diagnose auf ein schweres Leiden des Centralnervensystens, schließt wegen der Art, namentlich der Posticus-Parese und wegen der Beständigkeit der Localisation aller Erscheinungen, Simulation, Hysterie und Neurasthenie aus, faßt vielmehr die Affection als eine, durch Trauma hervorgerufene Sondererkrankung auf, bei welcher die rechte Hirnhemisphäre jedenfalls am meisten betroffen ist, während die motorische Region der Großhirnrinde, also Gyrus centralis anter. und poster., wie der lobul. paracentral., weil für den Ausfall der Sensibilität keine Erklärung gegeben wäre, außer Frage bleiben dürfte. Die Lähmung der Kehlkopfmusculatur muß in dem vorliegenden Falle traumatischer Neurose als medulläre, auf Degeneration des Accessoriuskernes in der medulla oblongata beruhende angenommen werden.

Beschorner.

Zur Therapie der Diphterie. Von Strübing. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6 1892 und Separatabdruck).

Da die exsudativen Processe im Rachen durch verschiedene Microorganismen bedingt sein können, so läßt sich die Diagnose nur durch die bacteriologische Untersuchung stellen und nur die durch den Löffler'schen Bacillus bedingte Erkrankung verdient den Namen Diphterie, während die durch Streptococcen verursachte Exsudation als Pseudodiphterie aufzufassen ist und auch die Scharlachdiphterie eine besondere Stellung nimmt. Aber auch bei der wahren Diphterie giebt es Fälle die relativ harmlos sind, so daß außer dem Nachweis der Löffler'schen Bacillen durch Impfung von Reinculturen auf Thiere, der Nachweis zu führen wäre. Sobald der Bacillus sich im Rachen angesiedelt, treten zuvörderst locale Symptome mit oder ohne

Digitized by Google

Fieber auf. Die Bacillen produciren ein Gift und eröffnen durch Epithelzerstörung anderen Microorganismen, besonders Streptococcen die Pforten; Letztere beeinflussen das Krankheitsbild. Da wir kein Mittel kennen, welches die Wirkung des Diphteriegiftes und der anderen Microben verwehrt, so muß die Therapie vorläufig versuchen, die Entwickelung der Bacillen und die Invasion der übrigen Microorganismen zu verhindern. Das kann nur die locale Behandlung in nicht weit vorgeschrittenen Fällen. Daher ist die frühe Diagnose von größter Bedeutung. Local gebrauchte Verf. alcoholische Jodphenollösung, Liq. ferri sesq. und Schwefel; daneben Gurgelung mit Kalkwasser. Innerlich Hydr. cyanoj. Späterhin hat Verf. local folgende Mischung mit Wattebäuschen einreiben lassen. Acid. carb. 3,0—0,0 Ol. Tereb rect. 40,0, Alc. abs. 60,0. Daneben Gurgeln mit Acid. carb. 3,0, Alc. 30,0 Aq. dest. 70 Eßlöffel resp. Kindereßlöffelweise. Daneben kleine Dosen Natr. sulf. um der Carbolintoxication zu begegnen. Ferner Einreibung von 1‰ Sublimatlösung und Gurgelungen mit 1‰‰. Bei Pseudodiphterie erwies sich diese Behandlung fast ausnahmslos erfolgreich; bei Scharlachdiphterie die Carbolsäurebehandlung. Da die Scharlachdiphterie meist erst hinzutritt, so empfiehlt Verf. die prophylactische Anwendung von Gurgelungen mit Carbol.

W. Lublinski.

Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Med. Wochenschrift No. 11. 1892.)

Verf. theilt einen Fall traumat scher Perichondritis und Chondritis des Aryknorpels mit, wobei auch Perichondritis des Ringknorpels an einer Stelle auftrat, sowie auch theilweise Necrose des M. thyrea-aryt. int. Ein Fremdkörper hatte das linke Stimmband in der Gegend des linken Proc. voc. verletzt, wurde dann ausgehustet, nachdem er die beschriebenen Veränderungen hervorgebracht hatte. In einem anderen Falle war eine idiopathische Perichondritis und Chondritis nach einer Erkältung aufgetreten; es kam dabei zu einer partiellen Nekrose des Ring- und Aryknorpels. In einem anderen Fall ist nach Erkältung Perichondritis des Schildknorpels aufgetreten, welche zu Chondritis der beiden Knorpel und zur geschwollenen Perichondritis des Ringknorpels führte. Der Schildknorpel wurde größtenteils ausgestoßen und hatte sich frisch gebildet; der vordere Ansatz der Stimmbandmuskeln ist jedoch verloren gegangen, wodurch ihre Function theilweise aufgehoben und durch Taschenbänder ersetzt werden mußte.

W. Lublinski.

Die mediane tracheocele. (La trachéocèle médiane.) Von Dr. **Barbey** (Semaine médicale und Revue de laryngologie 1892 No. 6).

Ein 8jähriges Mädchen hat in der Medianlinie über dem Sternum einen nußgroßen, fluctuirenden, genau umschriebenen, mit dem Larynx beweglichen, indolenten, tympanisch bei der Peripherie klingenden Tumor; bei Husten und bei Anstrengungen wird dieser Tumor hühnereigroß und der Percussionsschall wird auffallend tympanitisch; durch Druck reducirbar. Laryngoscopischer Befund negativ. Im Alter von 2 Jahren entstanden, war der Tumor langsam gewachsen. Exstirpation und Heilung per

Digitized by Google

primam. Die Pathogenese dieser tracheo- und laryngocelen ist jedenfalls mehrfach; am oftesten scheinen selbe aus einer mit den ersten Luftwegen communicirenden Cyste, welche angeboren und später gewachsen ist, zu entstehen. Die Arbeit von L. H. Petit hat 41 in der Litteratur gesammelte Fälle wiedergegeben. V. giebt nun die Beschreibung der Operation, wie selbe den jeweiligen Verhältnissen gemäß ausgeführt werden soll.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Sérullaz. (Lyon médical und Revue de laryngologie 1892 No. 6).

Ein 6monatliches Kind wurde mit Dyspnoe auf die Croupabteilung gebracht, Anamnese fehlte, außer daß die Dyspnoe plötzlich gekommen war. Kein Zeichen von Angina, schnelles Athmen, vesiculäres Gesäusch fast nicht zu hören; Cyanose, Prostration. Diagnose lautete auf Pneumonie mit adynamischen Symptomen; Convulsionen und Tod. Ein bohnengroßer Fremdkörper lag auf der Theilungsstelle der Trachea und verstopfte beide Hauptbronchien fast gänzlich; die unterliegende Mucosa war ulcerirt, ein Zeichen, daß der Fremdkörper schon eine Zeit lang in der Trachea war. Erst jetzt erklärte die Amme, daß vor einiger Zeit das Kind einmal fehlgeschluckt hatte und dann einige convulsive Hustenstöße gemacht hatte. Das Fehlen dieses anamnestischen Momentes sowie das Eingekeiltsein des Fremdkörpers machten die Diagnose unmöglich.

Dr. P. K.

Symptomatologie eines Abscesses der hinteren Trachealwand. (Symptomatologie d'un abscès de la parois postérieure de la trachée) Von Dr. Jacobs. (Presse medicale belge und Revue de laryngologie 1892 No. 6.)

Ein 7jähriges Kind zeigte freies aber kurzes Inspirium, gehindertes Exspirium, gerade so wie wenn man ein im Larynx sitzendes Sputum nicht herausbefördern kann. Spasmus glottalis, Lähmung der crycoarytenoidei postici und der Stimmmuskeln, oedema glottidis konnten ausgeschlossen werden; es wurde ein materielles Hinderniß in der Trachea angenommen. Laryngoscopische Untersuchung unmöglich. Pneumonie. Zunahme der Larynxsymptome forderten die Tracheotomie, während welcher große Massen Eiter aus der Trachealöffnung flossen. Erleichterung. Tod an Pneumonie. Abceß der hinteren Trachealwand, welche die mucosa losgelöst, den Oesophagus aber unversehrt gelassen hatte. V. glaubt in solchen Fällen die Canüle wegnehmen zu müssen, sobald keine Erstickungsgefahr mehr vorhanden ist.

Dr. P. K.

Aphasie und Polyurie. (Aphasie et Polyurie.) Von Dr. Chouppe. (Societé de Biologie 1892 Juillet und Semaine médicale 1892 No. 36.)

Ein an Polyurie leidender Patient bekam durch Verbrennung eine, einige Minuten andauernde Aphasie; nachdem er mehrere Glas Wasser getrunken hatte, hörte selbe auf. V. führt die Aphasie auf eine die linke Broca'sche Stirnrundung einnehmende Wasserentziehung zurück.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Diphteritis. (De la persistance du bacille de Löffler dans le pharynx après la Guérison de la diphtérite.) Von Dr. Tobiesen. (Congrès des naturalistes scandinaves, Copenhague Juillet 1892 und Semaine médicale 1892 No. 36).

Bei 46 von Diphteritis geheilten und aus dem Spital austretenden Leuten konnte V. bei 24 den Löffler'schen Bacillus im Pharynx nachweisen; bei einigen bestand er noch 31 Tage nach dem Verschwinden der Pseudomembranen; das Fortbestehen der Bacillen war unabhängig von der Schwere der Erkrankung; bloß bei einem sogenannten Geheilten wurde die Contagion auf andere nachgewiesen.

Dr. P. K.

Acute Uvulablutung. (Un cas d'hémorrhagie aigue, apoplexie de la luette.) Von Dr. Le Jeune. (Gazette des hôpitaux, Décembre 1891 und Revue de laryngologie 1892 No. 8).

Plötzlich auftretendes Gefühl von Fremdkörper im Halse, Schlingbeschwerden. Sehr geschwellte, violettgefärbte auf der Zungenbasis aufsitzende Uvula. Patientin glaubte durch Ueberanstrengung der Stimme das acute Uebel hervorgerufen zu haben. Scarificationen brachten augenblicklich Erleichterung.

Dr. P. K.

Interarytenoides Zellensarcom. Operation durch den Mund. Acht Monate später erst Recidive. Tracheotomie. (Sarcome fusocellulaire interaryténoïden. Opération par la voie naturelle. Guérison pendant huit mois. Récidive, trachéotomie.) Von Dr. Délie. (Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 73jähriger Mann zeigt die Symptome eines Larynxsarcom. Die Radialoperation mißlang. Recidive mit Tracheotomie. Tod an Influenza. Verf. kommt zn folgenden Schlüssen: 1. Ein Sarcom kann lange bestehen, ohne prägnante Symptome und ohne Ganglienschwellung hervorgerufen. 2. Die Operation auf natürlichem Wege schützt lange vor Recidiven. 3. Die Recidive verläuft aber dann auch desto stürmischer und die Gangliensymptome sind dann schlimmer als die Krankheit selbst.

Dr. P. K.

Mandelfieber und Purpura. (Fièvre amygdalicure et purpura.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie 1892 Nr. 12).

Die Amygdalitis ist in den meisten Fällen der Ausdruck eines allgemeinen Leidens, man findet selbst manchmal Albuminurie dabei, selbst oft entfernte Complicationen (Nephritis, ovaritis, endocarditis, arthropathie etc.) V. beschreibt nun die Fälle mit Purpura complicirt: Seltene Fälle; die Krankheit wirkt durch die löslichen Gifte, die microbischen Toxine direct auf das Blut oder auf die Vasomotoren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Stimme der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen. (La voix chez les chanteuses atteintes d'affections de l'uterin) Von Dr. Carl H. von Klein. (Journal of the Americ. medic. Association und Revue de laryngologie 1892 No. 12.)

Während der Menses verliert die Frauenstimme an Stärke und an Klangfarbe. Ein geübter Arzt erkennt bei einer ihm bekannten Dame an der Stimme allein ob sie ihre Regeln hat oder nicht. Bei vielen Ovarialleiden bestehen Entzündungen der Mandeln und des Gaumens, welche allen Behandlungsweisen trotzen und nur nach erfolgreicher Behandlung des Unterleibes verschwinden. Dr. P. K.

Fall von Larynxschwindel. (Cas de vertige dit laryngieu.) Von Dr. Adler. (New-York medic. Journal und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 53jähriger Mann hat conculsivischen Husten mit Anfällen von totaler Bewußtlosigkeit, von welcher er sich nach einigen Minuten erholt und sich ganz wohl befindet; 4—5 Anfälle pro Tag, kein sonstiges Allgemeinleiden; die Anfälle haben nichts mit Epilepsie gemein und kommen nur nach Hustenanfällen aber nicht constant. In diesem Falle, wie in den meisten bis jetzt beschriebenen, bestanden Rheumatismus und Gicht; das Geschlecht und das Alter stimmen auch mit den anderen Fällen überein.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx). Von Dr. Gouguenheim. (Bulletin et memoires de la société de laryngologie de Paris und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Acht Tage nach ausgeführter Tracheotomie wurde das Gebiß bei einer 39jährigen Frau aus dem Larynx mittelst der Fauvel'schen Zange entfernt. 2 Wochen vor der Tracheotomie war der Zufall während eines epileptischen Anfalles aufgetreten.

Dr. P. K.

Fremdkörper im rechten bronchus. (Un corps étranger dans la bronche droite.) Von Dr. de Angeli. (Gli Incurabili und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 13jähriges Mädchen bekam während einer starken Inspiration eine kleine Trompete in den Larynx und von da in den rechten bronchus. Erstickungsanfall; relatives Wohlbefinden, blos ein auf 15 Meter Entfernung hörbarer und bei jedem Inspirium und Exspirium auftretender Trompetenton (?); die Operation wurde verweigert. Bronchopneumonie mit letalem Ausgang nach 23 Tagen. Die Trompete fand man im rechten bronchus in einer tiefen Ulceration eingebettet.

Dr. P. K.

Primärer Larynxcroup. (Un cas de Croup d'emblée). Von Dr. Simon. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie 1892 No. 7).

Seltene Fälle: Ein $6^1/_2$jähriger Knabe mußte, nachdem er einige Tage lang gefiebert, hohl gehustet, und immerwachsende Larynxdyspnoe gezeigt hatte, operirt werden, ohne daß im Pharynx und selbst im Larynx Pseudomembranen entdeckt werden konnten. Die Canüle wurde nicht ver-

Digitized by Google

tragen und das Kind starb nach einigen Stunden. Bei der Section fand sich die ganze trachea vom Larynx bis zur Teilungsstelle von einer dicken festsitzenden Membran vollständig ausgekleidet. Man soll die Pseudomembranen in solchen Fällen nach vollführtem Trachealschnitt mit einer Pincette zu entfernen suchen, da die Operation an sich nichts hilft; repulsiva sollen vor der Operation nie an den Hals angelegt werden.

Dr. P. K.

---

2 Fälle von Larynxlupus, der eine primär, der andere secundär. (Deux cas de lupus du larynx, l'un primitif, l'autre secondaire.) Von Dr. Garel. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

Diagnose schwer bei primärem, leicht bei secundärem Lupus; 20 pCt. aller Lupuskranken haben auch Läsion des Larynx. V. beschreibt ganz genau seine zwei Krankengeschichten.

Dr. P. K.

Ueber die Seltenheit der Larynxlähmungen corticalen Ursprunges. (Apropos de la rareté du paralysie laryngée corticale.) Von Dr. Raugé. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

Eben weil die Modulationen der Stimme dem menschlichen Willen gehorchen, muß man den Sitz des Stimmcentrums in der Gehirnrinde annehmen. Neben der Broca'schen Stirnwindung in jeder Haemisphäre gelegen, muß dieses Centrum wenigstens ebenso oft erkranken wie das Btroca'sche, obgleich die klinischen Beobachtungen in dieser Hinsicht äußerst selten sind. Sogar 2mal mehr, theoretisch gesprochen, da sich blos ein Broca'sches Centrum und zwar links befindet. Nach Semon und Horsley erklärt sich aber diese Seltenheit aus dem Umstand, daß nicht nur zwei Centren bestehen, sondern daß jedes Centrum für sich beide Larynxhälften versehen kann. Das klinische Experiment zeigt sich aber in totalem Widerspruch mit den Resultaten der Vivisection; die centralen Larynxlähmungen mußten zur Unmöglichkeit geworden sein, außer daß zwei symetrische, beide Larynxcentren zerstörende Läsionen vorhanden seien; es bestehen aber nicht zu bezweifelnde Fälle in der Pathologie (Garel, Déjérine), wo eine halbseitige Larynxlähmung von einer abgegrenzten Erkrankung der Corticalsubstanz der anderen Seite herührt. Die Seltenheit der klinischen Fälle besteht vielmehr in der Schwierigkeit der Diagnose. V. sucht die Diagnose zu erleichtern und ist überzeugt, daß dann die Fälle häufiger werden. Da die genannten Lähmungen unabhängig von den respiratorischen Larynxfunctionen vor sich gehen (welch' letztere vom Bulbus ausgehen), muß man sich bei Stellung der Diagnose nicht auf jene auffälligen Respirationshindernisse gefaßt halten, welche z. B. bei Compression des recurrens durch Aneurysma der Aorten oder Oesophagustumoren sowie bei Bulbuserkrankung (larynxkrisen bei tabes) vorkommen. Die halbseitige Stimmbandlähmung wird bald durch das gegenüberliegende gesunde Stimmband compensirt, so daß kaum Dysphonie besteht, die meist zugleich bestehende Aphasie (das linke Centrum liegt in unmittelbarer Nähe der Broca'schen Stirnwindung) fällt bei weitem mehr in die Augen, so daß immer nur eine genau geführte und in den meisten Fällen wenig indicirte laryngoscopische Untersuchung zur Diagnose führt; letztere muß demnach, durch die Section erwiesen werden. Letzteres ist aber sehr schwer, weil

Digitized by Google

macroscopisch und microscopisch alle andere Lähmungsursachen ausgeschlossen werden müssen. Die Fälle der corticalen Lähmung werden also häufiger werden von dem Momente an, wo auf den klinischen Abtheilungen die Hemiplegischen, Aphasischen systematisch laryngoscopirt werden, sie mögen aphon sein oder nicht. Das laryngoscopische Bild ist insofern characteristisch, daß das gelähmte Stimmband beim Athmen nicht entdeckt wird, daß es nur beim Phonationsversuch passirt, in seiner respiratorischen Stellung verharrt und nicht einmal die Cadaverstellung einnehmen kann, also der totalen Stimmbandlähmung (Cadaverstellung) nicht ähnlich sieht; die meisten Autoren, welche über Corticallähmung berichtet haben, haben letztere Verwechselung begangen; aber schon das laryngoscopische Bild bei der Respiration, welches bei Corticallähmung meist nicht symmetrisch ist, läßt den Irrthum vermeiden; dieses classisch laryngoscopische Bild der Corticallähmung ist nicht mit der bulbären Paralyse, noch mit den Recurrenslähmungen zu verwechseln; übrigens hat die Weite der Glottis bei der Cadaverstellung blos 5 mm (Semon), während selbe bei der totalen Abduction 13,5 mm mißt; einzig und allein das hysterische Larynxbild kann ein ähnliches sein, dieses ist aber dann doppelseitig.

Die Seltenheit der corticalen Lähmungen rühre also nicht von der Seltenheit der Fälle her, sondern sie kommen vielmehr eher von der Seltenheit der betreffenden Beobachter, welche nicht nur gute Laryngologen und interne Kliniker, sondern auch geschulte Neuropathologen und pathologische Anatomen sein müssen.

Dr. P. K.

Seltenes Stimmbandgeschwür. (Observation rare d'ulceration d'une corde vocale.) Von Dr. Vacher. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

An der hinteren Insertion des rechten Stimmbandes, welches sich beim starken Phoniren dicht an das linke anlegt und dann die höchsten Töne des Kopfregisters mit Anstrengung hervorbringt, ist ein tiefes Geschwür zu sehen, welches weder tuberculöser noch specifischer Natur ist, beim gewöhnlichen Sprechen die Phonation verhindert, beim Singen der hohen Töne aber verschwindet. V. erwähnt dieses Geschwür, weil es eine Anschauung über die sogenannte Kopfstimme (Falset) giebt. Beim Sprechen und bei dem Versuch das untere Register (Bruststimme) zu singen, müssen die Stimmbänder sich ihrer ganzen Länge und Dicke nach aneinanderlegen, was nicht bei der Patienten gelingen kann; beim Singen der hohen Töne dagegen legen die vorderen zwei Drittel der Stimmbänder sich an einander, und das genügt. Verf. meint, man sollte solche Fälle sammeln, um zu beweisen, daß die zwei Register der menschlichen Stimme ganz einfach von demselben Factor, nämlich von der Lage der vibrirenden Stimmbänder abhängen.

Dr. P. K.

Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans le sclérose en plaques.) Von Dr. J. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892. Nr. 2.)

Meist sind die Fehler der Articulation der Sprache (hypoglossus) als prägnant beschrieben worden, die eigentlichen Laryngealstörungen sind

Digitized by Google

seltener aufgezeichnet und noch seltener laryngoscopisch charakterisirt worden. Gottstein und Loeri heben zuerst darauf aufmerksam gemacht, Erb, Schulz und Leube folgten später. Auf diese Bibliographie und auf einen eigenen Fall gestützt, citirt Verf. folgende Symptome als Larynxmodificationen bei Herdsclerose: monotone und scandirte Stimme, schnelles Wechseln des Tones, wachsende Erhöhung der Tonhöhe, Unmöglichkeit längere Zeit denselben Ton anzuhalten, auffallendes Inspirium das Lachen und das Weinen unterbrechend, Lähmung der Stimmbänder oder einiger Kehlkopfmuskeln, sich durch Luftverschwendung, rauhe Stimme oder Schurrengeräusch verrathend, endlich Zittern der Stimmbänder. Diese Symptome können einzeln bestehen oder sich combiniren oder eines nach dem anderen auftreten. Das Zustandekommen der Symptome ist schwer zu erklären und sind die bisherigen Versuche nicht stichhaltig. Das intentionelle Muskelzittern erklärt noch ein berstendes Zittern der Stimmbänder; übrigens wird das Zittern der Stimmbänder ja auch bei chorea intoxicatio saturnina, tumor cerebelli (Herbert Spencer) beobachtet. Summa summarum bleibt das Zittern der Stimmbänder das einzige sichere Larynxsymptom bei Herdsclerose. Dr. P. K.

Hervorstülpung des Morgagnischen Ventrikels. (Eversion du ventricule de Morgagni) von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngologie. 1892. No. 13.)

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Fällen war dieser Fall acut mit einer acuten Laryngitis verlaufend und mit derselben heilend unter einer und derselben Behandlung. Dr. P. K.

Larynxabscess nach Scharlach. (Abscès du larynx consécutif à la scarlatine) von Dr. Mouere. (Revue de laryngologie. 1892. No. 13.)

Das berühmte Wort Trousseau's: „La scarlatine n'aime pas le larynx" erleidet manche Ausnahme, wie Trousseau selbst später eingestand; es handelt sich um die späte Periode der scarlatina. Manche Fälle von Larynx-Diphteritis und acutem Larynxoedem nach Scharlach lassen sich auf einen Larynxabsceß zurückführen. Dr. P. K.

Arthritis cricoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis bei einer 60jährigen Frau herrührend. Schwierigkeit der Diagnose. Vollständige Heilung durch Jodkalibehandlung. (Sur un cas d'arthrite cricoaryténoidienne (côté droit) dû à la syphilis tertiaire et observé chez une femme de soixante ans difficulté du diagnostic. Guérison complète sur le traitement jodocé) von Dr. Marcel Natier. (Société française de laryngologie Mai 1892 und Revue de laryngologie No. 13.)

Verf. betont das später nach dreißig Jahren eintretende der tertiären Syphilis, die Schwierigkeit der Diagnose, die Nachwirkung des Quecksilbers und die Wirkung der grossen Dosen Jodkalium, sowie die Differentialdiagnose zwischen Epithelioma, Tuberculose und Syphilis. Dr. P. K.

Digitized by Google

Atlas der Kehlkopfkrankheiten. Von Dr. Robert Krieg, Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1892.

Der Atlas des Verf. gehört zu dem Vollkommensten, was nach dieser Richtung hin geleistet wurde. Man kann ruhig sagen, daß es wenige Krankheitsbilder im Kehlkopfe giebt, welche nicht in dem Werke zur Darstellung gekommen wären. Wenn trotzdem einiges nicht zur Darstellung gekommen ist, so mag dies dem nicht genug zu rühmenden Plane des Verf. entspringen, nur selbst gesehenes wiederzugeben. So fehlen beispielsweise Paradigmata der in neuerer Zeit sich immer mehr häufenden Beobachtungen von Sclerom des Larynx und mag dies wohl aus dem Umstande zu erklären sein, daß sich diese Erkrankung in dem Gebiete, wo der Verf. thätig ist (Würtemberg) kaum je vorfindet.

Die in seltener Reichhaltigkeit gebotenen Bilder sind in Bezug auf Zeichnung größtenteils tadellos, nur einige wohl etwas zu schematisch und daher unnatürlich, so beispielsweise Taf. XX. No. 9 die Kartenherzform der Epiglottis, Taf. XXIV. No. 10 die papilläre Wucherung in Gestalt einer Schnecke. Was die Colorirung anbelangt, sind die ersten Tafeln wohl etwas zu sehr braun gerathen, ein Farbenton, der in Wirklichkeit kaum je auftritt.

Immerhin sind dies Kleinigkeiten, die den Werth des Werkes nicht beeinträchtigen. Der Atlas Krieg's wird für jeden Arzt ein werthvolles Unterstützungsmittel in diagnostisch schwierigen Fällen, für den Studirenden ein ausgezeichneter Behelf zur Reproduction gesehener Krankheitsbilder sein. Für die glänzende Ausstattung bürgt der Name der Verlagsbuchhandlung.

Kobler, Wien.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Pro-Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

INHALT.

I. Originalien: Tsakiroglous: Zum Morbus Ménièri. — Siebenmann: Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. — Stetter: III. Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. — Sexton: Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren, Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh des Trommelfells. — Jack: Beträchtliche Hörverbesserung durch Entfernung des Steigbügels. Lannois: Ueber einen möglichen Fehler beim Valsalva'schen Versuch. — b) Rhinologische: Hopmann: Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. — Oppenheimer: Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe. — Ziem: Intraoculäre Augenaffectionen im Gefolge von Nasenkrankheiten. — Chatellier: Nicht traumatische Verbiegungen der Nasenscheidewand. — de Mendoza: Ueber einige Uebelstände der Nasendusche und wie man selbe verhindert. — Revillet: Nasendeformation bei Idiotismus. — c) Pharyngo-laryngologische: Heymann: Zum Studium der Kehlkopf-Fracturen. — Scheier: Verletzung der Halswirbelsäule. — Cartaz: Ueber die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des sinus maxillaris. — Chauveau: Ueber einige, durch Hypertrophie der vierten Tonsille (Zungentonsille) hervorgerufene Symptome. — Rosenberg: Die Störungen der Sprache und

Digitized by Google

Stimme bei Paralys. agitans. — Kulenkampf und Naltenius: Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. — Sokolowski: Einige Beobachtungen, das Erysipel des Kehlkopfes betreffend. — Burkart: Ueber die centripetale Leitung im nervus vagus und speciell im nervus laryngeus inferior. — Halz: Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. — Strübing: Zur Therapie der Dyphterie. — Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. — Barbey: Die mediane Tracheocele. — Sérullaz: Fremdkörper in der Trachea. — Jacobs: Symptomatologie eines Abscesses der hinteren Trachealwand. — Chouppe: Aphasie und Polyurie. — Tobiesen: Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Dyphteritis. — Le Jeune: Acute Uvulablutung. — Délie: Interarytenoides Zellensarcom. Operation durch den Mund. Acht Monate später erst Recidive. Tracheotomie. — Joal: Mandelfieber und Purpura. — v. Klein: Die Stimme der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen.. — Adler: Fall von Larynxschwindel. — Gouguenheim: Fremdkörper im Larynx. — de Angeli: Fremdkörper im rechten Bronchus. — Simon: Primärer Larynxcroup. — Garel: 2 Fälle von Larynxlupus, der eine primär, der andere secundär. — Raugé: Seltenheit der Larynxlähmungen corticalen Ursprungs. — Vacher: Seltenes Stimmbandgeschwür. — Collet: Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. — Beausoleil: Hervorstülpung des Morgagni'schen Ventrikels. — Mouere: Larynxabscess nach Scharlach. — Natier: Arthritis crycoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis herrührend. — Krieg: Atlas der Kehlkopf-Krankheiten.

INSERATE.

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschien:

Handbuch

der

Ohrenheilkunde.

Mit Anderen herausgegeben

von

Prof. Dr. Hermann Schwartze,

Königl. Preuss. Geheimen Medicinalrathe und Director der Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S.

Erster Band.

Mit 133 Abbildungen im Text.

Lex. 8. 1892. Preis 25 Mk. gebunden 28 Mk.

Band II. wird Anfang nächsten Jahres erscheinen.

Hierzu: Eine Beilage von ***F. C. W. Vogel, Verlagsbuchhandlung in Leipzig.***

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Dezember 1892.** **No. 12.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.*)

Von

Dr. **B. Gomperz,**

emer. Assistenten der k. k. Universitätsklinik f. Ohrenheilkunde zu Wien.

Die Ausschneidung des Trommelfelles allein, ohne gleichzeitige Mitentfernung des Hammers und Ambosses wird heut zu Tage wohl kaum mehr ausgeführt; die Erwägungen aber, die bei ihrer Einführung maßgebend waren, legten den Grund für die statt jener heute fast ausschließlich geübte Excision des Trommelfelles mitsammt den ersten zwei Gehörknöchelchen.

Die Ausschneidung kleinerer Trommelfellstücke, auch Trepanation des Trommelfelles genannt, wurde schon im Beginne des 19. Jahrhunderts geübt; den Anstoß hierzu gaben die Erfahrungen bei der Paracentese des Trommelfelles, welche damals in Mode gekommen war und bei allen mög-

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

Digitized by Google

lichen Formen von Schwerhörigkeit vorgenommen wurde. Bald waren die Aerzte, die sich mit dieser Operation beschäftigten, zur Erkenntniß gekommen, daß das rasche Verschwinden der danach erzielten Hörverbesserung in manchen Fällen auf den zu früh erfolgten Verschluß der Schnitt- oder Stichöffnungen zu beziehen sei und versuchten, diesem Uebelstande durch das Anlegen größerer Oeffnungen vorzubeugen. Es war längst bekannt, daß auch umfangreiche Zerstörungen des Trommelfelles ohne wesentliche Beeinträchtigung der Hörweite bestehen können und man durfte ruhig daran gehen, größere Abschnitte des Trommelfelles zu entfernen. Himly, dann Kern, v. Graefe, Fabrizi, Mazzoni, Deleau, Linke und Andere construirten zu dem Zwecke locheisen- und trepanartige Perforatorien; das Instrument Himly's war eine schneidende Canüle, die Frank[3]) knieförmig bog. Fabrizi's Instrument[1]) besteht aus zwei ineinander steckenden, am Ende schneidenden Röhren, die eine Linie im Durchmesser haben und „in eine Art von doppeltem Korkzieher" ausgehen, das Deleau's aus einer kleinen ausgehöhlten und schneidenden Scheibe; Lincke construirte gar zwei Trepane für das Trommelfell.

Theils wegen der mangelhaften Technik, theils in Folge der ungenügenden Construction dieser Instrumente, vor Allem aber wegen der erstaunlichen Regenerationskraft des Trommelfelles waren jedoch die Erfolge selbst in geeigneten Fällen wenig den Erwartungen entsprechend.

Da diese Eingriffe auch ganz indicationslos bei allen möglichen Formen von Schwerhörigkeit ausgeführt wurden, häuften sich die Mißerfolge und die Operation kam in Verruf und Vergessenheit. Erst Gruber, der 1863[2]) die fast schon vergessenen Versuche wieder aufnahm, gelangte zu einer brauchbaren Methode und zu bemerkenswerthen Erfolgen. Schon Frank[3]) hatte das Ausschneiden von Trommelfellstückchen mit einem sichelförmigen Messerchen erwähnt. Gruber umschnitt nun unter Beleuchtung des Gesichtsfeldes mittelst des Reflexspiegels beliebig große Stücke des Trommelfelles mit dem Myringotom, einem tenotomartigen Messerchen, wobei er mit besonderer Vorliebe den hinteren oberen Quadranten wählte und es gelang ihm, durch geeignete Nachbehandlung den Eintritt der Vernarbung auf längere Zeit hinauszuschieben. Gruber nannte die Operation Myringectomie und führte schon damals (l. c.) eine Reihe von Indicationen an, welche noch derzeit für die Hammer-Amboß-Excision gelten. Die umfangreichen Arbeiten, welche Gruber als Frucht seiner Studien über die Myringectomie niederlegte, müssen als eine werthvolle Grundlage für die später eingeführte Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboß betrachtet werden.

Einige Jahre später empfahl Wreden[4]) die Sphyrotomie, die Ausschneidung des Trommelfelles mitsammt dem Hammergriff; er meinte, daß

[1]) Annali universali di medicina Milano 1830.

[2]) Die Myringectomie als Heilmittel gegen Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Wr. allg. med. Ztg. 1863. No. 39—43 und 1864 No. 13, 16, 19, 23 und 24.

[3]) Martell Frank, prakt. Anleitung zur Erkenntniss und Behandlung der Ohrenkrankheiten, 1845.

[4]) Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. I. No. 2.

Digitized by Google

dem Verschlusse der Lücken das Stehenbleiben des Hammergriffes mit den daneben herablaufenden und der Ernährung des Trommelfelles dienenden Blutgefäßen förderlich sei. Indeß erwies sich auch dieser Eingriff als machtlos gegenüber der Wiederverwachsung des Trommelfelles.

Galt es bei den bisher angeführten Operationen der Indication gerecht zu werden, den durch das Trommelfell aufgehaltenen Schallwellen freien Zugang in die Paukenhöhle, seltener, Secreten freien Abfluß aus derselben zu verschaffen, so ist für die Excision des Trommelfelles und der ersten zwei Gehörknöchelchen eine noch viel wichtigere Indication erstanden, die Heilung der Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraume, welche mit Caries resp. Necrose seiner Knochenwände, sowie des Hammers und Ambosses einhergehen.

Die erste Mittheilung über eine Excision des ganzen Trommelfelles mit Hammer und Amboß stammt aus dem Jahre 1877 von Kessel.[5]) Derselbe führte die Operation behufs Herstellung der Paukenhöhlenventilation vom Gehörgange aus uud zum Zwecke der Mobilisirung des Steigbügels in einem Falle aus, wo durch syphilitische Geschwüre Tubenverschluß entstanden war und erzielte durch seinen Eingriff nicht nur das Nachlassen quälender subjectiver Geräusche, sondern auch eine Hörverbesserung von 10 cm auf 10 Meter für mittellaute Sprache. Dieser Erfolg war zu aufmunternd, als daß nicht weitere Versuche in dieser Richtung hätten folgen sollen.[6])

Lucae[7]) berichtete 1881 über 25 Fälle, wo er diese Operation wegen chronischen sclerosirenden Mittelohrcatarrhes ausgeführt hatte; bis 1882 waren weitere 15 Fälle dazu gekommen. Seine Erfolge, über die er einige Jahre später[8]) ausführlich berichtete, waren aber so wenig günstige zu nennen, daß die Operation bei Sclerose der Paukenschleimhaut wenig mehr geübt wurde.

Kurze Zeit nach seiner ersten Mittheilung stellte Kessel in einer neuerlichen Arbeit die Indicationen für die Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen auf[9]) und führte dabei auch die Caries der Gehörknöchelchen und die Cholesteatome der Paukenhöhle an: Damit war das Gebiet bezeichnet, auf welchem die Operation ihre rationellste Verwendung finden sollte.

Nachdem auch Schwartze[10]) mit großem Nachdrucke in der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg 1884 ihre Ausführung bei den Fällen chronischer Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraume empfohlen hatte, wo „nach Dilatation hochgelegener Fistelöffnungen in der Membrana

---

[5]) Ueber das Mobilisiren des Steigbügels durch Ausschneiden des Trommelfelles, Hammers und Ambosses bei Undurchgängigkeit der Tuba. Archiv für Ohrenhlkde. XIII, V.

[6]) Es mag hier auch Erwähnung finden, dass Schwartze (Lehrbuch, pag. 280) seine ersten Versuche mit der Excision des Trommelfelles mit dem Hammer auf das Jahr 1873 zurückdatirt Schwartze's erste Mittheilung darüber findet sich in seiner pathologischen Anatomie (im Handb. d. path. An. von Klebs) vom Jahre 1878.

[7]) Archiv f. Ohrenhlkde. XIX, p. 75.

[8]) ibidem, XXII, p. 233.

[9]) Oesterr. ärztliche Vereinszeitung, 1879, 24.

[10]) Archiv f. Ohrenheilkunde, XXII, pag. 128.

Digitized by Google

Shrapnelli, event. nach Anlegung einer Gegenöffnung im unteren Trommelfellabschnitte mit längener Durchspülung der Paukenhöhle von der Tuba aus die Eiterung nicht heilt," bürgerte sich die Operation rasch bei den Ohrenärzten ein.

Schwartze und seine Schüler, welche derselben besondere Aufmerksamkeit zuwendeten, haben sich sehr wesentliche Verdienste um ihre Propagirung erworben, indem sie an der Hand einer imponirenden Statistik die pathologisch-anatomischen und klinischen Kenntnisse über die Caries und Necrose der Gehörknöchelchen bereicherten und mit unermüdlichem Eifer auf die Berechtigung und Unentbehrlichkeit der bewußten Operation hinwiesen.

Während Kessel (l. c.) bei eitrigen Processen von vorne herein die Wegnahme nicht nur des Hammers, sondern auch des Ambosses empfohlen hatte, entfernte Schwartze anfangs mit dem Trommelfelle nur den Hammer. Dann trat Ludewig, ein Schüler Schwartze's, wieder für die principielle Mitentfernung des Ambosses ein.[11]) Schon früher hatte Stacke* betont, man dürfe sich nicht scheuen, den gesunden Amboss, wenn möglich, mit zu entfernen, da man dadurch Raum zur erfolgreicheren Bekämpfung der Caries der Paukenhöhle bekomme. In Würdigung der mehrfach gemachten Beobachtung, daß nach der bloßen Hammerexcision die Mittelohreiterung oft persistirte und erst zur Ausheilung kam, als während der Nachbehandlung der cariöse Amboß ausgespritzt wurde; ferner in Erwägung der Thatsache, daß nach Herausnahme des Hammers dem Ambosse eine functionelle Bedeutung nicht mehr zukomme, die Entfernung des Ambosses demnach auf keinen Fall schädlich auf das Hörvermögen wirken könne, ließ nun Ludewig jeder Hammerexcision auch die Extraction des Ambosses folgen.

Wie berechtigt sein Vorgehen war, zeigte die Untersuchung der Ambosse in den 75 an der Hallenser Ohrenklinik derart operirten Fällen; 64 mal, also in 85 pCt., war der Amboß krank.

Was nun die Operationsmethoden anbelangt, so umschnitt, wie schon erwähnt, Gruber die zu excidirende Trommelfellpartie mit dem Myringotom bis auf eine schmale Brücke; dann faßte er den Lappen mit der Pincette und löste ihn durch leichten Zug ab; oder er überließ die Ausstoßung des Lappens der reactiven Eiterung; später construirte Gruber sein Myringectom,[12]) ein lithothriptorartig fassendes Instrumentchen, mit dem es sehr leicht gelingt, Stücke von beliebiger Größe aus dem Trommelfelle auszukneipen; ich muß sagen, daß mir die Ausschneidung unter streng antiseptischen Cautelen immerhin sympathischer ist, als die Ausbrennung; es wird nämlich die Entfernung einzelner Trommelfellabschnitte heutzutage wohl kaum mehr anders, als mit dem Galvanocauter ausgeführt, mit dem sich allerdings rasch und bequem beliebig große Lücken anlegen lassen; die Reaction ist aber meistens eine sehr intensive. Unter Leitung des Stirnbindenreflectors führt man bei offenem Strom einen knopf- oder kugel-

---

[11]) Ueber Ambosscaries und Ambossextraction. Archiv f. Ohrenheilkunde. XXIX, XV.

*) ibidem Bd. XXVI, p. 16.

[12]) Lehrbuch, I. Auflage.

Digitized by Google

förmigen Brenner bis an die Membran und läßt erst dann das Platin erglühen, wobei mit großer Raschheit gearbeitet werden soll.

Zur Ausführung der Trommelfellexcision mit dem Hammer bedient man sich bei genügender Weite des Gehörganges wohl allgemein der von Schwartze[13]) modificirten Kessel'schen Methode vom äußeren Gehörgange aus.

Kessel[14]) umschnitt das Trommelfell längs des Falzes und Rivini'schen Ausschnittes mit der Lanzennadel, führte dann die Tenotomie des Tensor tympani aus und extrahirte „nach Abdrängen der Chorda tympani" den Hammer. Erst jetzt — und darin war seine Methode unvollkommen — trennte er das Gelenk zwischen Amboß und Steigbügel durch und entfernte nun auch den Amboß. Schwartze empfahl mit Recht, das Steigbügel-Amboßgelenk noch vor der Extraction des Hammers durchzutrennen; auch bediente er sich zur Hammer-Extraction des Wilde'schen Schlingenschnürers. Zerrungen oder Zerreißungen der Chorda wich er nach Möglichkeit dadurch aus, daß er den Hammer durch hebelnde Bewegungen in der Richtung von oben innen nach unten außen aus seinen Verbindungen löste, während Sexton im Interesse der Erhaltung der Chorda empfiehlt, zuerst den Amboss und erst dann den Hammer zu entferuen.

Lucae[15]) sticht vor und hinter dem proc. brevis eine Lanzennadel ein und schneidet dann in zwei Zügen mittelst eines geknöpften Messers die Membran hart am Falze ab; zur Extraction des Hammers bedient er sich eines lithotriptorartig fassenden Instrumentchens, mit dem er glaubt, eine grössere Kraft anwenden zu können, als mit der Wilde'schen Schlinge.

Was den ersten Act der Operation, die Trennung des Trommelfelles vom Falze anbelangt, so bietet er nur bei stärkerer Verdünnung der Membran, oder bei ausgedehnten Verwachsungen derselben mit der inneren Paukenhöhlenwand Schwierigkeiten; ist das Trommelfell einwärts gedrängt, so ist es angezeigt, seine Stellung durch die Luftdouche zu verbessern. Am vortheilhaftesten ist es, von unten nach oben zu schneiden, da man so am wenigsten durch die Blutung gestört wird; dieselbe ist übrigens nur selten stärker und erfordert dann die Tamponade, zu der sich am besten Jodoformgaze eignet.

Bei nicht zu alten Individuen zieht sich das abgetrennte Trommelfell rasch gegen den Hammergriff zurück, rollt sich auf; bei älteren Leuten, ferner bei Verdickungen der Membran, bleibt es auch nach der Ablösung flächenhaft ausgebreitet. In den meisten Fällen hat man es jedoch nur mehr mit Resten des Trommelfelles zu thun, deren Durchtrennung wenig Schwierigkeiten bietet. Die folgenden Acte, die Durchschneidung der Tensor-Sehne und des Amboß-Steigbügelgelenkes werden mit dem Gruber'schen oder dem Schwartze'schen Tenotom ausgeführt; letzterer Eingriff entfällt, wenn durch Caries des langen Amboßschenkels das Gelenk bereits gelöst ist.

Nun kommt die Entfernung des Hammers mit dem Trommelfelle, resp. mit dem ihm anhaftenden Trommelfellreste; sie geschieht am besten nach Schwartze's Vorschlag mit dem Wilde'schen Schlingenschnürer. Wurde

---

[13]) Lehrbuch, p. 283.
[14]) Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XIII, pag. 73.
[15]) ibidem XXII, pag. 234.

Digitized by Google

wegen Sclerose, Verdickungen des Trommelfelles, kurz dort operirt, wo der Hammer noch in normaler Lage ist, so gelingt das Fassen des Griffes mit der Schlinge sehr leicht; man schiebt sie dann bis zum Hammerhals, zieht sie zu und bringt mit hebelnden Bewegungen den Kopf um den Sulcus tympanicus hervor.

Schwieriger gestalten sich schon die Verhältnisse bei chronischen Eiterungen und deren Residuen, wo oft nur mehr ein kurzer Rest des Hammergriffes erhalten oder wo derselbe durch straffes Bindegewebe mit der Promontorialwand verlöthet ist. In solchen Fällen muß der Hammergriff erst mit einem spitzen Messerchen umschnitten werden, worauf seine Verwachsung mit dem Synechotom gelöst wird. Sehr mühevoll wird die Hammerexcision bei horizontaler Stellung des Griffes; doch kann es nach Trennung aller Verbindungen gelingen, durch ein Häkchen den Hammergriff so weit ins Gesichtsfeld zu bringen, daß die Schlinge umgelegt werden kann.

Viel größere Schwierigkeiten bereitet die Extraction des Ambosses. Es wurde schon auf die Nothwendigkeit hingewiesen, besonders bei chronischen Eiterungsprocessen auch dieses Gehörknöchelchen zu entfernen. Kessel hatte empfohlen, sich den Weg zum Amboß durch Wegmeißelung des inneren Endes der hinteren Gehörgangswand zu bahnen, eine Methode, bei welcher die Integrität des Stapes, des Canalis Fallopiae und des horizontalen Bogenganges wohl gefährdet erscheinen muß.

Kretschmann[16]) kam zuerst auf die Idee, den Amboß nach der Entfernung des Hammers mit einem hakenförmigen Instrumente auszuhebeln. Er wählte für die Länge des kurzen Haken-Schenkels die gerade Entfernung von dem höchsten Punkte des Rivini'schen Ausschnittes bis zur Insertion des kurzen Amboßschenkels (5 mm) und als Winkel denjenigen, welchen das innere Ende der oberen Gehörgangswand nach der Paukenhöhle zu bildet. Das Instrument wird entlang der oberen Gehörgangswand eingeführt und sobald der kurze Hebelarm in die Paukenhöhle gelangt ist, zurückgezogen, bis er mit der Knochennische über dem äußeren Gehörgange Fühlung hat; jetzt läßt sich der kleine Hebel durch eine Rotation nach hinten über den kurzen Amboßschenkel führen; ein am Ende des Hakens angebrachtes Knöpfchen drückt den Amboß nach unten, worauf er mit der Pincette entfernt werden kann. Der Kretschmann'sche Haken wurde einige Jahre später von Ferrer,[17]) dann von Ludewig[17]) modificirt; doch war dieser selbst auch von seinem eigenen Instrumente nicht in allen Fällen ganz befriedigt; es ist eben auch bei der Hakenoperation die Verletzung des Facialis nicht unmöglich.

Klingel[18]) hat darauf hingewiesen, daß bei Verwendung dieser Amboßhaken, deren abgebogenes Ende 4—5 mm lang ist, eine Verletzung des Tegmen tympani vorkommen könne. Er maß an 47 Schläfebeinen den senkrechten Abstand des Rivini'schen Ausschnittes von der unteren Fläche des tegmen tympani und fand ihn 6 mal nur 3 mm, ebenso oft zwischen

---

[16]) Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfelles. Arch. f. Ohrenhlkde. XXV, XII.

[17]) Archiv f. Ohrenheilkunde, XXIX. p. 244 und 246.

[18]) Messungen über die Höhenverhältnisse des Kuppelraumes der Trommelhöhle. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XXI, p. 193.

Digitized by Google

3—4 mm, 17 mal 4 mm, 9 mal zwischen 4—5 mm, 7 mal 5 mm und 2 mal 5—6 mm betragend, Verhältnisse, die bei der Amboßextraction mit Haken nicht unberücksichtigt bleiben dürfen.

Das öftere Mißlingen der Amboßextraction vom Gehörgange aus war wohl mit ein Anlaß für Stacke,[19]) sich den Weg zur Hammer-Amboß-Extraction durch Ablösung der Ohrmuschel mit dem knorpeligen Gehörgange zu bahnen; es erscheint ihm wesentlich, daß das Trommelfell danach um die ganze Länge des knorpeligen Gehörganges nähergerückt ist, so daß man dasselbe mit dem Hammer bei directer Beleuchtung ausschneiden kann. Stacke meißelt hierauf, wie es Kessel vom Gehörgange aus that, das innere Ende der hinteren und oberen Gehörgangswand ab und entfernt aus dem derart eröffneten oberen Trommelhöhlenraume den Amboß mit der Pincette. Der dringenden Empfehlung dieser Methode ist nun Grunert[20]) entgegengetreten, nachdem dieselbe an 33 Fällen der Schwartze'schen Klinik versucht wurde. In 55 pCt. dieser Fälle mißlang die Amboßextraction, so daß nach Grunert die Methode Stacke's bei isolirter Gehörknöchelchen-Caries keinen Vorzug vor der alten, viel weniger eingreifenden Operationsmethode vom äußeren Gehörgange aus verdient.

Nach der Excision des Trommelfelles muß man stets mit der Möglichkeit, ja vielmehr mit der Wahrscheinlichkeit seiner Regeneration rechnen. Da es aber wünschenswerth erscheint, überall dort, wo man zum Zwecke der Hörverbesserung operirte, wenigstens den Zutritt der Schallwellen zu den Labyrinthfenstern frei zu halten, empfiehlt es sich, in derartigen Fällen durch Abmeißeln des Trommelfellfalzes an der hinteren oberen Peripherie den Limbus cartilagineus zu entfernen, durch dessen Zerstörung nach Kessel die Regeneration am sichersten verhütet wird; allerdings mißlingt manchmal, wie schon Lucae[21]) betonte, die Abmeißelung des Sulcus tympanicus.

Als Indicationen für die Trommelfellexcision stellte Gruber[22]) auf: Obliteration oder hochgradige Stenose der Tuba Eustachii, wenn selbe durch andere Mittel nicht zu beheben sind; Verdickungen und Verkalkungen[23]) des Trommelfelles neben bedeutender Schwerhörigkeit; Erschlaffung des Trommelfelles und schlaffe Narben, wenn dadurch krankhafte subjective Erscheinungen bedingt sind; schließlich Verwachsungen des Trommelfelles mit der inneren Paukenwand und anderen Gebilden der Paukenhöhle. Diese Indicationen — mit Ausnahme der Erschlaffung und schlaffen Narben — sind auch für die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision acceptirt. Die Excision einzelner Trommelfellparthien wird derzeit wohl nur mehr — und zwar in der Form der galvanocaustischen Ausbrennung — zur Ermöglichung eines ergiebigen Secretabflusses bei Mittelohrentzün-

---

[19]) Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Amboss. Vortrag, gehalten am 10. intern. med. Congress. Aug. 1890, ferner i. d. otiatr. Section d. 64. Vers. d. Ges. d. Naturf. u. Aerzte zu Halle. Sept. 1891, siehe aus Arch. f. Ohrenheilk. XXXI, 2. u. 3. Heft.

[20]) Weitere Mittheilungen über die Hammer-Amboss-Extraction etc. Arch. f. Ohrenheilkunde, XXXIII, XVI.

[21]) Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. XXII, l. c.

[22]) Wien. allg. med. Ztg. 1863, l. c.

[23]) Irrigerweise wurden dieselben als Verknöcherungen aufgefasst.

Digitized by Google

dungen und als Probeoperation zur Entscheidung der Frage ausgeführt, ob noch Schalleindrücke zum Labyrinth auf dem Wege der Labyrinthfenster fortgeleitet werden.

Kessel[24]) stellte als Indicationen für die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision auf:

1. nicht redressirbare Tubenverengerung;
2. totale Verkalkung des Trommelfelles;
3. Caries der Gehörknöchelchen;
4. Ankylose des Steigbügels, wenn damit quälende Geräusche verbunden sind;
5. Cholesteatome der Paukenhöhle und des processus mastoideus, welche nach den üblichen Methoden nicht entfernt werden können.

Diese Indicationen können auch heute noch vollständig aufrecht erhalten werden. Da die Berechtigung des Operirens bei Ankylose des Steigbügels noch von manchen Seiten bestritten wird, wende ich mich dieser Indication zuerst zu; die Operation ist hier berechtigt, wenn die subjectiven Geräusche eine derartige Intensität erreicht haben, daß sie das psychische Gleichgewicht des Patienten bedrohen; zur Hörverbesserung wird man die Operation hierbei nicht vornehmen, da die Hammer-Amboß-Excision bei Sclerose nur dann Aussicht auf Erfolg bietet, wenn der Steigbügel noch frei in der Fenestra ovalis beweglich ist, z. B. bei der circumscripten Hammer-Amboß-Ankylose; eine Probeincision ins Trommelfell, oder die Excision oder Ausbrennung eines Trommelfellstückchens wird am raschesten Auskunft darüber geben, ob von der Operation eine Hörverbesserung zu erwarten ist.

Keinesfalls hat Stacke Recht, wenn er (l. c.) die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision bei Sclerose ohne jede Clausel für contraindicirt erklärt.

Was die an erster Stelle angeführte Indication, die nicht redressirbare Tubenstenose betrifft, so ist dieselbe ein ziemlich seltenes Ereignis; es handelt sich hier weniger um Schwellungskatarrhe der Schleimhaut und deren Ausgänge, d. i. Bindegewebsneubildung in der Submucosa; in solchen Fällen kann durch Katheterismus und Sondirung, eventuell mit Zuhilfenahme von Cocaïninjectionen, die Durrhgängigkeit der Tuba meist erzwungen werden.

Hier kommen die Formen in Betracht, wo am orificium externum oder im Tubenkanale nach eitrigen Entzündungen, besonders nach Luës, Verwachsungen zurückgeblieben sind. In solchen Fällen findet sich das Trommelfell ad maximum, bis zur Berührung der inneren Paukenhöhlenwand, eingezogen; der kurze Hammerfortsatz springt scharf vor, ebenso die hintere Falte, welche bei Horizontalstellung des Griffes denselben ganz decken kann. Die Farbe des Trommelfelles ist nur selten normal, perlgrau; meist ist sie gelblich, bräunlich, durch dahinter angesammeltes Exsudat, oder röthlich durch Hyperaemie. Manchmal sieht man als Residuen von Blutaustritten in die Mucosa bläuliche Flecke durchscheinen.

Ist das Trommelfell durch die starke Einwärtsziehung atrophisch geworden, so erblickt man einzelne Theile der Paukenhöhlenwandungen, das

[24]) Oesterr. ärztl. Vereinszeituug 1879, 24.

Digitized by Google

Promontorium und die Nische zur Fenestra rotunda, oder das Amboß-Steigbügelgelenk. Andererseits kann sich das Trommelfell verdickt, sehnig weiß präsentiren.

Das Hörvermögen erweist sich als sehr herabgesetzt, subjective Geräusche fehlen nur selten.

Weder beim Politzer'schen Verfahren, noch beim Katheterismus ist es möglich, Luft in die Paukenhöhle einzutreiben; in länger dauernden Fällen ist der Rinne negativ, bei einseitigem Leiden zieht sich der Stimmgabelton beim Weber'schen Versuche ins kranke Ohr.

Bevor man bei diesem Symptomencomplex die Ausschneidung des Trommelfelles mit Hammer und Amboß ausführt, sollte man nie ein Verfahren unversucht lassen, auf welches bisher bei dieser Gelegenheit nicht aufmerksam gemacht wurde: „Die Paracentese mit nachheriger Luftverdichtung im äußeren Gehörgange (Politzer)." Oefters konnte ich bei schweren luëtischen Affectionen der Tuba, wo dieselbe theils durch enorme Schwellung der Schleimhaut, theis durch ulceröse Processe am Ostium für Luftdouche undurchgängig war, ihre Wegsamkeit durch das genannte Verfahren wiederherstellen.

Es wurde bereits erwähnt, daß im Falle Kessels (Tubenstenose) die Hörweite nach der Ausschneidung des Trommelfelles von 10 cm auf 10 m für mittellaute Sprache stieg; dieser Fall ist jedoch vereinzelt geblieben, wenn man die Casuistik Sextons[25]) ausschließt, welche einer modernen Kritik wohl nicht Stand zu halten vermag.

Die totalen Verkalkungen des Trommelfelles sind lange nicht so häufig, wie die partiellen; die Operation ist meiner Meinung nach auch bei diesen letzteren indicirt, wenn die Schallleitung sehr behindert ist, z. B. bei Verkalkung der oberen Trommelfellhälfte, nur glaube ich, daß in manchen dieser Fälle die Myringectomie genügen dürfte; bestehen keine Ankylosen am Hammer-Amboß- und Amboß-Steigbügelgelenke, so wird schon die Ersetzung der starren Platte durch eine dünne Narbe Nutzen bringen.

Die häufigste und wichtigste der Krankheiten, welche die Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboß indiciren, ist die Caries und Necrose dieser Gehörknöchelchen.

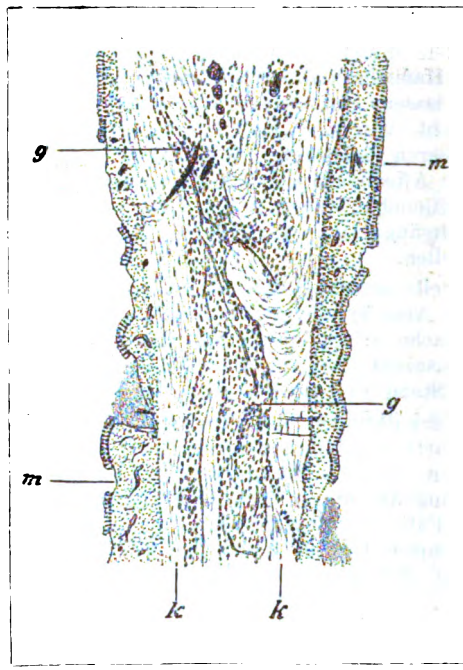
Diese Erkrankungen entstehen nur äußerst selten primär; in den meisten Fällen secundär durch die Fortpflanzung von Entzündungen der Paukenhöhle auf dem Wege der die Knöchelchen bekleidenden Schleimhaut, welche bekanntlich gleichzeitig die Function des Periostes versieht. Dieselbe unterliegt bei acuten und chronischen Entzündungen denselben Veränderungen, wie die übrige Schleimhaut der Paukenhöhle, der serösen Imbibition, der Rundzelleninfiltration; diese letztere zieht sich längs der Gefäße in die Havers'schen Canäle und Markräume, führt zu deren Erweiterung, weiters zu deren Erfüllung mit Granulationsgewebe, welches schließlich die zarten Knöchelchen zum Einschmelzen bringt.

---

[25]) Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren: Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh (sic?) des Trommelfelles. Zeitschr. für Ohrenhlkd., Bd. XXIII, 2. Heft; siehe auch Dr. Colles, deutsch. med. Wochenschr. 1889, 28.

Digitized by Google

Dabei befinden sich Hammer und Steigbügel dadurch in einer günstigeren Position, als der Amboß, daß der Hammer auch vom Trommelfelle, die Steigbügelplatte auch von der Labyrinthseite her ernährende Gefäße bezieht. Darum erkrankt der Amboß unter den drei Knöchelchen am leichtesten und frühesten an Osteitis rareficans und Caries. Bei 103 Fällen von Hammer-Amboß-Excision, welche Ludewig[26]) und Grunert[27]) aus der Hallenser Ohrenklinik veröffentlichten, war der Amboß 89 mal, der Hammer nur 67 mal cariös erkrankt gefunden worden.



Sehr interessant sind die Untersuchungen Grunerts (l. c.) über den Sitz der Caries an den Gehörknöchelchen, wobei ihm ein Material von 41 Hämmern und 27 Ambossen zur Verfügung stand, bei denen die Caries erst an einer einzigen, circumscripten Stelle begonnen hatte. Beim Hammer erkrankt in überwiegender Häufigkeit der Kopf, seltener der Griff — besonders oft ist die über der Crista des Hammers gelegene Stelle befallen — beim Ambosse liegen die Verhältnisse umgekehrt: hier erkrankt am häufigsten der in die Paukenhöhle herabragende lange Amboßschenkel, seltener der Körper des Ambosses. Wenn daher bei großen Lücken der hinteren Trommelfellhälfte der lange Amboßschenkel nicht mehr gesehen wird, so muß man doch mit der Möglichkeit rechnen, daß der Körper noch erhalten und in Verbindung mit dem Hammerkopfe sei.

(Fortsetzung folgt.)

[26]) Archiv f. Ohrenhlkde. XXIX, pag. 241 u. XXX, p. 263.
[27]) ibidem XXXIII, XVI.

Digitized by Google

Ueber
Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior.

Von

Dr. **E. Weil**, Stuttgart.

Neudörfer[1]) war der erste, der die Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre von der durch die Tracheotomie gemachten Oeffnung aus empfohlen hat.

Der Kürze wegen werde ich diese Untersuchung mit Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior bezeichnen.

Czermak[2]) hatte bald Gelegenheit, den Vorschlag von Neudörfer praktisch zu erproben. Er benützte hiebei die heute noch eingeführten, kleinen ovalen Stahlspiegel.

Semeleder[3]) theilt dann einen Fall mit, bei welchem ein Arzt, der eine Trachealfistel hatte, an sich selbst derartige Beobachtung anstellte.

Türk, Victor v. Bruns, Tobold, Makenzie sprechen in ihren bekannten Werken zum Theil sehr ausführlich über diese Methode.

Der Herausgeber von Makenzie, Semon verweist, zum Beweis, wie nöthig es sei, in betreffenden Fällen so zu untersuchen, auf einen Fall, den er[4]) mitgetheilt hat: Wegen Unterlassung dieser Untersuchung klärte sich erst nach der Thyreotomie der wahre Stand der Sache auf.

v. Bruns besonders betont die Schwierigkeiten, die sich dieser Untersuchung entgegenstellen.

Auch Tobold weist darauf hin, daß bei Kindern die Tracheoscopia inferior beinahe unmöglich sei.

Bernhard Fränkel[5]) spricht nur einige Worte über unsere Frage, ebenso Schnitzler.[6]) Bei Fauvel und Störk finde ich nichts Hierhergehörendes. Dagegen theilt Voltolini[7]) einen Fall mit, bei dem er von der Halsfistel aus mit Hilfe des Brunton'schen Spiegels einen schon längst geahnten Fremdkörper im Larynx diagnosticirte.

Von den neuen Autoren gehen Gottstein und Bresgen über die Frage kurz weg. Schrötter[8]) und Avellis[9]) erwähnen die Sache überhaupt nicht.

Der erste, der ausführlich über diese Untersuchung sprach und sie warm empfiehlt, ist Pieniazek.[10])

---

[1]) Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde. No. 46. 1858.
[2]) Wiener med. Wochenschrift. 1859. No. 14.
[3]) Die Laryngoscopie.
[4]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1879.
[5]) Ziemssen spec. Pathologie und Therapie. Band IV. 1. Hälfte.
[6]) Ueber Laryngoscopie etc.
[7]) Berliner klinische Wochenschrift. 1875. No. 6.
[8]) Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre etc.
[9]) Cursus der laryngoscopischen und rhinoscopischen Technik.
[10]) Verhandlungen des Berliner internationalen medicinischen Congresses, Band IV, 12. Abtheilung.

Digitized by Google

Er schlägt vor, in allen derartigen Fällen die Trachea — vom Larynx spricht er weniger — mit Hilfe von Ohrtrichtern oder entsprechenden Röhren, die den Zaufal'schen Nasentrichtern ähnlich sind, direct zu untersuchen und führt Fälle an, bei welchen er Croupmembranen und Fremdkörper aus der Trachea unter Leitung des Auges sicher entfernen konnte.

Im Allgemeinen ist die Methode von den Laryngologen noch wenig beachtet, noch weniger von den Chirurgen. Für diese ist die Sache am wichtigsten, denn ihnen hauptsächlich stehen die Fälle zur Verfügung, bei denen die Methode anzuwenden ist. Ich meine die Fälle von erschwertem Decanülement. Auch die Fälle von Fremdkörpern im Larynx und der Trachea, welche den Kehlkopf- und Luftröhrenschnitt nöthig machen, kommen meistens zu den Chirurgen. Auch hier wäre nach vollendeter Operation exacte Spiegeluntersuchung und Behandlung sehr häufig am Platze.

Wie wenig die Chirurgen sich mit dieser Methode befreundet haben, sehen wir aus der sonst so vortrefflichen Arbeit von Röhl.[11]) Er erwähnt in seiner ausführlichen Abhandlung die Frage beinahe gar nicht. Auch in den chirurgischen Lehrbüchern finde ich nichts Hierhergehörendes.

Ich selbst kam aus Anlaß des nachfolgenden Falles dazu, mich mit der Frage zu beschäftigen.

Frl. M., 16 Jahre, kam im März dieses Jahres zu mir. Sie berichtet, sie sei seit ihrem ersten Jahre heiser und vor 10 Jahren wegen Erstickungsgefahr von Dr. Elben hier operirt worden; vorher und später seien öfters Versuche gemacht worden, Polypen im Kehlkopf vom Munde aus zu entfernen; zum letzten Male sei sie vor 4 Jahren in Tübingen in Behandlung gewesen. Die Eingriffe sollen nur theilweisen Erfolg gehabt haben. Die Canüle hatte die Patientin in den 10 Jahren nie abgelegt. Das Mädchen war, als sie zu mir kam, vollständig aphonisch; sie trug eine Hartgummicanüle, an deren unterm Rand ein Stück fehlte. Wie ich hörte, trug sie diese Canüle ganz gegen den Rath ihrer Tübinger Aerzte.

Patientin hatte bei geschlossener Röhre starke Athemnoth. Bei der Laryngoscopia superior zeigte sich der Kehlkopf voll von blaß-röthlichen Papillomen, welche die Stimmbänder überdeckten. Die Aryknorpeln bewegten sich frei; die Papillome saßen rechts besonders reichlich. Die Trachealfistel, etwa 3—4 cm unter dem Schildknorpel — es war die untere Tracheotomie gemacht worden — war an ihren Rändern vernarbt; am oberen Winkel nach innen saß eine rundliche derbe Verdickung.

Ich entfernte vom Mund aus in drei langdauernden Sitzungen den größten Theil der überaus reichlichen Kehlkopfpapillome. Diese gingen, wie sich nachträglich zeigte, von den Stimmbändern aus und zwar von der ganzen freien Fläche, hauptsächlich aber von dem vorderen Drittel des linken Stimmbandes. Außer dem freien Rand war auch die untere Fläche der Stimmbänder der Ausgangspunkt der mittelweichen Polypen. Besonders war das letztere am rechten Stimmband der Fall. Die Taschenbänder waren wenig betheiligt, der Kehldeckel gar nicht.

---

[11]) Ueber die Ursachen der Erschwerung des Decanülements nach Tracheotomie. Langenbecks Archiv, Band 35, 1887.

Digitized by Google

Nach diesen drei Sitzungen konnte die Patientin wieder frei athmen, auch bei geschlossener Canüle, und hatte eine ziemlich helle Stimme. Reste der Papillome saßen an der vorderen Commissur und am hinteren Drittel der Stimmbänder.

Außerdem sah man mit dem Spiegel subglottisch noch eine Anzahl von Verdickungen, besonders unter dem rechten Stimmband und dann beiderseits neben der vorderen Commissur.

Bei dem Versuch, von der Trachealfistel aus zu untersuchen, sah ich ohne Spiegel sehr wenig; ich sah bloß am oberen Winkel die schon erwähnte derbe Verdickung, nach unten links zu sah ich undeutlich eine röthliche Erhöhung. Ich untersuchte jetzt mit dem Czermak'schen Stahlspiegel, der sich nach localen Cocaïneinpinselungen leicht in die Trachea einführen ließ. Ich sah damit Granulationen über dem oberen Wundwinkel und eben solche unten auf der linken Seite. Sehr viel sah ich mit dem Spiegel nicht; besonders nach oben verdeckten Granulationen den Einblick. Ich ließ, da die Stahlspiegel mir nicht genügten, von Instrumentenmacher Schmid hier vier kleine Glasspiegel[12]) besorgen und konnte jetzt, besonders bei Sonnenlicht, einen genauen Ueberblick bekommen. Sehr genau war der Einblick nach oben, wenn ich mit der linken Hand den Kehlkopf von außen nach hinten drückte. Ich sah jetzt viele Granulationen nach oben von der Fistel, die hauptsächlich den Raum unter dem rechten Stimmband ausfüllten. Außerdem sah ich an der vorderen Commissur, von der Unterwand der beiden Stimmbänder ausgehend, längliche Gebilde und nach hinten am rechten Stimmband mehr weißlich aussehende Wucherungen.

Die Bewegung der Stimmbänder, die röthlich aussahen, war deutlich zu verfolgen, besonders bei der Phonation; durch die Rima glottidis hindurch sah man die oberen Kehlkopftheile.

Nach hinten unten von dem Fisteleingang sah ich eine nicht sehr erhabene quere Schleimhautsverdickung. Weiter fand ich starke Granulationen an der rechten und noch mehr an der linken Trachealwand, 2—3 cm unter der Fistel. Eine sehr hervorragende Wucherung saß noch tiefer an der Vorderwand.

Die Theilungsstelle der Trachea war gut zu sehen. Oefters wiederholte Untersuchungen zeigten mir, daß auf diese Weise eine sehr genaue Beobachtung möglich ist. Bedingung ist wegen der Reizbarkeit der Trachea Bepinselung mit 5—20 proc. Cocaïnlösung. Als Lichtquelle benützte ich am liebsten das reflectirte Sonnenlicht oder Auer'sches Gasglühlicht.[13]) Ruhiges Verhalten des Patienten ist natürlich nöthig; ob Kinder sich genügend ruhig halten, kann ich nicht sagen, da mir eigene Erfahrung fehlt; unter Umständen wäre Narcose mit gleichzeitiger localer Cocaïnisirung nöthig. Ist die Fistel zu eng, so wäre allmählige Erweiterung mit verschieden großen Trichtern, oder mit Hilfe von Häckchen[14]) vorzunehmen. Als ich mich genügend orientirt hatte,

---

[12]) Der Durchmesser der vier Spiegel ist 10, 9, 8, 7 mm. Der Stiel der Spiegel ist biegsam.

[13]) Dieser Brenner ist in seiner neuesten Construction für jetzt wohl die beste künstliche Lichtquelle für Untersuchungen der Laryngologen.

[14]) Ich benützte hierzu einfache Schielhacken.

Digitized by Google

ätzte ich die über der Fistel sitzenden Wucherungen mit entsprechend gebogenen Aluminiumsonden, an deren Spitze argentum nitricum angeschmolzen war. Einen Theil der Papillome wischte ich, nachdem ihr Sitz vorher mit dem Spiegel bestimmt war, mit Schwammträgern weg. Zwischenhinein wurde auch vom Munde aus der Larynx vollends freigemacht. Die Wucherungen unterhalb der Fistel wurden relativ leicht durch Trichter hindurch mit Löffeln, Pincetten, Schlingen und Aetzungen entfernt; am liebsten habe ich die kalte Drahtschlinge zu ihrer Entfernung benützt. Die anderen Methoden habe ich mehr experimenti causa versucht. Der Patient muß bei diesen Eingriffen den Kopf gehörig zurücklegen; zugleich wird, wenn nötig, die vordere Trachealwand nach hinten gedrückt.

Nach und nach wurde Larynx und Trachea durch diese Eingriffe so frei, daß ich die Neusilber-Canüle, die ich an Stelle der Hartgummiröhre hatte tragen laßen, ablegen lassen konnte; die Entfernung der Canüle hatte die angenehme Folge, daß die Recidive in der Trachea, die vorher sich immer wieder gezeigt hatten, wegblieben. Im Larynx dagegen bildeten sich immer wieder Nachwüchse. Arsenik, den ich dagegen versuchsweise anwandte, hatte, nebenher bemerkt, gar keinen Einfluß. Als die Patientin die Canüle etwa 8 Wochen nicht mehr getragen hatte und ich auch sah, daß ich den Larynx von oben her frei halten konnte, dachte ich daran, die Fistel schließen zu lassen, und bat Herrn Dr. Albert Zeller, die Operation vorzunehmen. Diese wurde am 3. August ausgeführt. Ueber ihren Verlauf hat mir Herr Dr. Zeller freundlicherweise nachfolgende kurze Notizen[15]) aufgeschrieben:

„Bei hängendem Kopf wird der Rand der Fistel angefrischt; sodann nach unten von derselben ein zungenförmiger Lappen gebildet, dessen Stiel am unteren Rand der Fistel mit der Unterlage in Verbindung bleibt. Nach Abpräpariren des Lappens wird derselbe nach oben umgeschlagen, so daß also seine Epidermisfläche in das Lumen der Trachea sieht. In dieser Lage wird er durch einige Seidenfäden beiderseits befestigt. Hierauf wird die Haut zu beiden Seiten der Fistel und des Defectrands unterminirt und dann leicht ohne Spannung in der Mittellinie durch Nähte vereinigt. Unmittelbar nach der Operation war die Athmung frei, die Stimme klar, die Heilung erfolgte per primam. Nur vier Tage lang entwich aus einer erbsengroßen Granulation in der Mitte der Wunde beim Pressen etwas Luft."

Seit der Operation befindet sich Patientin ganz wohl und ist glücklich über die wiedergewonnene Stimme und nicht weniger über die Entfernung der entstellenden Fistel. Das Mädchen, das vorher blaß und schlecht aussah, ist jetzt blühend und wird täglich kräftiger. Athemnoth ist bis heute — Ende November — nie aufgetreten; nur mußte ich wegen Recidive im Kehlkopf zweimal vom Munde aus eingreifen. Das Mädchen kommt derzeit jede Woche einmal zu mir, um sich den Kehlkopf inspiciren zu lassen. Seit einigen Wochen war ein weiterer Eingriff nicht mehr nöthig.

[15]) Der Herr College wird über die Operation anderweitig noch ausführlich berichten.

Digitized by Google

Wenn ich hier über den einen Fall berichte, so geschieht es, weil ich Collegen, die über solche Fälle verfügen, veranlassen möchte, die Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior möglichst zu benützen. Die Untersuchung gestattet, wie wir sehen, eine exacte Diagnose und ermöglicht Eingriffe, die größere chirurgische Operationen unnöthig machen.

Ich glaube, es sollte so weit kommen, daß bei der Anlage des Tracheotomieschnittes auf etwaige nachfolgende Untersuchung und event. Eingriff Rücksicht genommen wird. Daß bei jedem Fall von erschwertem Decanülement und überhaupt bei allen Eingriffen von der Luftröhre aus der Spiegel die Hand des Arztes leiten muß, halte ich für unumgänglich nöthig.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

Detail-Bericht.

(Schluss.)

Caries et Necrosis ossis temporis.

40 Fälle: 27 M. + 13 W. Die meisten Patienten wurden auf die stationäre Klinik aufgenommen und daselbst operirt. Bloß in den Ferialmonaten, nach der Schliessung der Klinik wurden auch ambulatorisch Trepanationen vorgenommen.

Unter diesen ist besonders folgender Fall von beiderseitiger Caries necrotica bemerkenswerth.

J. K. 16 Jahre alt, Lehrmädchen, Ambul. Prot. Z. 54. 310, erschien am 29. Juli 1891 Vormittags in der Ambulanz und wurde ex indicatione vitali sofort trepanirt.

Status praesens: 29. Juli 1891: Beiderseits sehr profuse Otorrhoe.

Rechtes Ohr: Nach Entfernung des Eiters: Gehörgang durch Schwellung seiner Wände spaltförmig verengt; besonders stark war die Vorbauchung der hinteren oberen Partie. Ohrmuschel senkrecht vom Schädel abstehend, hinter derselben ein sehr deutlich fluctuirender hühnereigrosser Abscess. Haut über demselben normal. Beim Katheterismus deutliches Perforationsgeräusch. Uhr in contigno auriculae.

Linkes Ohr: Gehörgang ebenfalls spaltförmig verengt. Regio mastoidea etwas aufgetrieben, empfindlich. Uhr in contigno omni. Weber nach rechts.

Hirnnerven intact. Temperatur 39·9° C., Sensorium etwas benommen.

Digitized by Google

Erbrechen bereits wiederholt von den Angehörigen beobachtet. Eine Viertelstunde nach ihrem Erscheinen in der Klinik bekam Patientin einen etwa eine halbe Stunde andauernden Schüttelfrost. Da sie viel zu schwach schien, um eine beiderseitige Trepanation überstehen zu können, wurde zuerst die rechte Seite vorgenommen. Der Verlauf der Operation war folgender: In tiefer Narkose wurde etwa 1 Ctm. hinter dem Ansatze der Ohrmuschel auf der Höhe des Abscesses ein etwa 7—8 Ctm. langer Schnitt, durch sämtliche Weichgebilde bis auf den Knochen geführt. Dabei entleerte sich der subperiostal angesammelte, höchst foetide Eiter, etwa 2—3 Esslöffel. Das Periost war weithin unterwühlt, der Knochen oberflächlich grau, missfärbig, rauh anzufühlen und ziemlich stark aufgetrieben. Bei der nun folgenden Aufmeisselung des Proc. mastoid. drang auf den ersten Meisselschlag massenhaft Eiter hervor. Mit der Sonde gelangte man in eine überwallnussgrosse, mit Eiter, Granulationen und mehreren Sequestern erfüllte Höhle. Es wurde aus diesem Grunde der Knochen breit eröffnet und teils mit der Kornzange, teils mit dem scharfen Löffel 2 haselnussgrosse und mehrere kleinere Sequester entfernt, die Höhle gründlich excochleirt und die ziemlich starke Blutung durch Jodoformgazetamponade gestillt. Verband.

29. Juli Abends: Nach der Operation 2 bis 3 stündlicher Schlaf. Um 4 Uhr Temperatur 37·6°.

30. Juli: Patientin fühlt sich sehr matt, klagt über Schmerzen auf der linken, nicht operirten Seite. Temperatur Vormittags 37·5°, Abends 38·0°. In den folgenden Tagen blieb der Befund annähernd derselbe. Die Wundheilung ging ziemlich langsam von statten, die Schmerzen auf der anderen Seite steigerten sich immer mehr.

15. August: Temperatur Abends über 39·0°, Schüttelfröste, heftiger Kopfschmerz.

16. August: Trepanation links. Knochen aufgetrieben, subperiostal kein Eiter. Bei der in der Narkose vorgenommenen Aufmeisselung wurden auch auf dieser Seite massenhaft Eiter, Granulation und ein nussgrosser Sequester aus der mehr als 3 Ctm. tiefen Höhle im Knochen entfernt. Excochleation, Jodoformgazetamponade, Verband.

17. August: Temperatur normal, ebenso in der Folgezeit. Die Nachbehandlung erforderte bis zur vollständigen Heilung einen Zeitraum von 9 Monaten. Erst im April 1892 erfolgte die Heilung mit Wiederherstellung der normalen Hörweite: die beiden Trommelfelle mässig getrübt, stellenweise etwas verdünnt, Lichtreflexe normal. Auch das Allgemeinbefinden hatte sich sehr gebessert, das Körpergewicht nach Angabe der Patientin um 10 Kilo zugenommen.

„Einen wesentlichen Fortschritt in der Nachbehandlung der Trepanation hatten wir an unserer Klinik insofern zu verzeichnen, als in sehr vielen Fällen die von mir zuerst ausgeführte Secundährnaht mit überraschendem Erfolge angewendet wurde. Bis jetzt waren wir gewohnt, die Operationswunde immer offen zu halten und den Substanzverlust durch Granulationsbildung von innen her zur Heilung zu bringen. Während der ganzen Nachbehandlung waren wir bestrebt, durch Einlegen fremder Substanzen (Jodoform, Sublimatgaze u. s. w.) die Höhle nach außen offen zu halten und gingen hiervon erst dann ab, wenn die Wundhöhle ganz seicht, fast auf Niveau der äußeren Fläche des Schädels, war. Je nach dem Kräfte-

Digitized by Google

zustand des betreffenden Kranken und je nach den äußeren Verhältnissen, kam es dann in verschieden langer Zeit zum Verschluß; immerhin vergingen bei grösseren Höhlen viele Wochen und selbst viele Monate, bis der Kranke geheilt war. Mir schien dieses Verfahren mit unserem Vorgehen bei der Operation selbst und mit den Erfahrungen, die man bei anderen Operationen gemacht, nicht ganz harmonisch.

Bei der Operation trachten wir, die Beinhaut der aufzumeißelnden Teiles durch Wegschaben vom Knochen möglichst zu erhalten.

Wenn wir jetzt durch Verdrängen derselben, indem wir fremde Substanzen zwischen den Schnitträndern einlegen, länger als nöthig ihre Mitbeteiligung an der Regeneration der verlorenen Knochensubstanz beeinträchtigen, scheint mir dies nichts weniger als rationell. Andererseits hat man gerade bei Operationswunden am Schädel die Erfahrung gemacht, daß Substanzverluste am Knochen sich schneller regeneriren, wenn sie von Weichgebilden gedeckt sind, und ferner, daß es auch gelingen kann, granulirende Weichtheile, wenn sie entsprechend vorbereitet werden, durch Anlegen einer Naht zur schnellen Verwachsung zu bringen.

Nach alledem entschloß ich mich auch in Fällen von Trepanation des Warzenfortsatzes, die Spätnath in Anwendung zu bringen und bin von den Ergebnissen so befriedigt, daß ich dieselbe in geeigneten Fällen in Zukunft immer machen werde.

Zweckmäßig erscheint sie mir:

1. in jenen Fällen, wo die Ergebnisse der Operation dieser die Bedeutung eines Explorativeingriffes verschaffen, man sich aber wegen anderweitiger Vorkommnisse nicht entschließen konnte, gleich nach der Operation die Vereinigung vorzunehmen, während diese Bedenken später gegenstandslos wurden.

2. Schätze ich die Spätnaht in allen anderen Fällen, wenn die localen und allgemeinen Erscheinungen darauf deuten, daß das Offenhalten der Wunde nicht weiter erforderlich ist, und zwar auch dann, wenn die Operationshöhle noch sehr tief ist, selbst wenn die Höhle von noch nicht granulirender, aber sonst ganz gesunder Knochensubstanz begrenzt wird.

In der Tiefe der Wundhöhle allein sehe ich keine Contraindication für die Spätnaht, besonders nicht in jenen Fällen, wo durch die Operation eine Communication mit der Trommelhöhle nicht geschaffen wurde. In diesen letzgenannten Fällen kann der Proceß am Warzenteile genau begrenzt sein, selbst wenn früher in der Trommelhöhle ein Eiterungsproceß bestand.

Dagegen muß man von der Spätnaht ganz absehen in jenen Fällen, wo die Wundhöhle im Warzentheile mit einem nachbarlichen eiternden Entzündungsherde communicirt, insolange der Letztere nicht der Heilung zugeführt ist. So dürfen wir uns nie erlauben, die Wunde am Warzenfortsatze total zu schließen, solange noch in den Gebilden der Trommelhöhle Eiterung besteht, wenn diese Höhle mit der durch die Operation gesetzten in offener Communication ist.

Die Entscheidung, ob eine derartige Eiterung in den nachbarlichen Gebilden auch gänzlich und für immer aufgehört hat, ist freilich gerade in solchen Fällen, wo es sich um die Schließung der Operationswunde handelt, nicht so leicht. Mitunter sehen wir die Entzündung der Schleim-

Digitized by Google

haut der Trommelhöhle nach der Trepanation schnell zurückgehen, die Otorrhoe hört für einige Tage auf, erscheint aber nach kürzerer oder längerer Zeit wieder. Wenngleich in solchen Fällen das neuerliche Auftreten von Eiter im Mittelohre nicht immer den Heilungsproceß im Warzenteile schädlich beeinflussen, oder gar lebensgefährliche Zufälle erzeugen muß, wenn die Höhle im Warzenteile frühzeitig geschlossen wurde, so kann doch die Möglichkeit eines solchen unglücklichen Ereignisses nicht ausgeschlossen werden und wir müssen unter allen Verhältnissen diese Möglichkeit bei unserer Behandlung im Auge behalten, beziehungsweise derselben vorbeugen. Das Letztere steht, wie wir gleich sehen werden, ganz in unserer Macht.

Der Zeitpunkt, wann die Spätnaht gemacht werden kann, wird dem Gesagten zufolge sehr verschieden sein. Ich sehe hier natürlich von jenen Fällen ganz ab, wo nach dem ersten Verbandwechsel die Naht angelegt wird, und so gewiß auch bis jetzt jeder mehrbeschäftigte Operateur davon Gebrauch machte, und habe bloß jene Fälle im Auge, wo die Höhle im Warzenteile nach der Operation eiterte, mit oder ohne Communication mit Nachbarhöhlen nur sehr langsam durch Granulation heilte.

Bestand zwischen der Wundhöhle und der Trommelhöhle keine Communication, oder hatte die Communication nach einer bestimmten Zeit aufgehört, ist die Eiterung in der Wundhöhle am Warzenteile nicht profus, die Granulation nicht sehr fungöser Natur, dann schreite ich zur Vereinigung der Wundränder.

Desgleichen mache ich die Spätnaht, wenn selbst bei Communication der Wunde mit der Trommelhöhle in dieser selbst durch längere Zeit die Eiterung total aufgehört hat und das Befinden des Kranken keine Contraindication gegen das Verfahren bietet.

Was nun die Operation der Spätnaht selbst betrifft, wird dieselbe dem speciellen Falle angepaßt werden müssen.

Zunächst muß natürlich darauf geachtet werden, daß innerhalb der Wundhöhle die möglichst günstigsten Heilungsbedingungen obwalten. Die Wundfläche muß demzufolge genau desinficirt und von allen die Heilung behindernden oder die Eiterung begünstigenden Stoffen befreit werden. Fungöse Granulationen werden weggekratzt, die Blutung darauf gestillt, mit Sublimatlösung (1 : 100) ausgewaschen und dann zur Anlegung der Naht geschritten. Dabei sollen die Hefte nicht bloß durch die Haut, sondern durch möglichst alle den Knochen deckenden Weichgebilde, die Beinhaut inbegriffen, geführt werden, um die Berührung der Wundränder in ihrer ganzen Dicke zu erreichen, und ebenso sollen möglichst viele Hefte angelegt werden, um den innigen Contact der Wundränder in der ganzen Länge der Wunde zu erzielen, weil hierdurch die Verwachsung desto sicherer erfolgt.

Es wurde bereits früher erwähnt, daß es in einzelnen Fällen nicht möglich ist mit Sicherheit zu bestimmen, ob die Eiterung in der Tiefe auch schon in dem Grade abgenommen hat, daß auf den künstlich durch die Trepanation erzeugten Abzugscanal verzichtet werden kann. Damit man nun in solchen Fällen nicht durch unerwünschte Zwischenfälle überrascht werde, und wenn dies der Fall wäre, durch dieselben nicht gefährliche Complicationen herbeigeführt werden, ist es rathsam, in solchen zweifelhaften Fällen nicht gleich die Vereinigung der ganzen Wunde vorzunehmen,

Digitized by Google

sondern einen kleinen Theil an der zweckdienlichsten Stelle offen zu lassen, damit dem etwa reichlicher sich bildenden Exsudate der Austritt leicht möglich werde, und man von da aus im Nothfalle auch wieder leicht eine Erweiterung der Wunde vornehmen könne. In solchen Fällen lasse ich den unteren Wundwinkel offen und führe durch denselben gewöhnlich einen dünnen Jodoformdocht in die Tiefe. Geht dann in der nächsten Zeit der Heilungsproceß ohne jede Störung von statten, zeigt sich namentlich nirgends ein Symptom, welches auf Eiteransammlung in der Tiefe deutet, dann mache ich den Docht immer dünner, bis ich ihn endlich ganz weglasse. Was die sonstige Behandlung der Naht anbelangt, wird sie ganz nach gewöhnlichen chirurgischen Gesetzen geführt."

Affectio labyrinthi.

49 Fälle: 34 Männer + 15 Weiber. Unter dieser Diagnose wurden auch Patienten eingetragen, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine centrale Affection der Acusticusbahnen angenommen werden mußte. Die Behandlung war fast immer erfolglos.

J. D., 28 Jahre alt, Taglöhner, Ambul. Prot. Z. 51,564, erschien am 3. Feb. mit der Angabe, dass ihm am 25. Oktober 1890 in Solenau anlässlich eines Schachtbaues eine Hacke aus ziemlicher Höhe auf den Kopf gefallen sei. Darauf sei er durch 7 Stunden bewusstlos gewesen. Aus dem rechten Nasenloch floss eine fleischwasserähnliche Flüssigkeit, aus dem Ohre nichts. Patient soll nach dem Unfalle erbrochen haben. Seit diesem Ereignisse hört er auf dem rechten Ohre garnichts und leidet an Schwindel.

Status praesens 3. Februar: Aeusserer Gehörgang und Mittelohr zeigen fast vollständig normale Verhältnisse. Trommelfell intact, von vorausgegangenen Affectionen im hinteren Segment sehr leicht getrübt, Lichtreflex normal. Links Hörweite annähernd normal, rechts vollständige Taubheit für Uhr und Sprache. Auch die Stimmgabel wird von der Luft aus garnicht, vom Knochen immer links gehört. Hochgradige subjective Gehörsempfindungen, Schwindelanfälle, Schwanken beim Gehen mit geschlossenen Augen. Am Schädel, beiläufig der Mitte des rechten Seitenwandbeines entsprechend, deutliche Narbe. Die Diagnose lautete: Affectio nervosa centralis, was wohl durch die geschilderten Erscheinungen vollkommen begründet war.

J. F., 32 Jahre alt, Zimmermann, Ambul. Prot. Z. 55.202, erschien am 24. September in der Ambulanz. Acht Wochen vorher hatte Patient einen Schlag auf den Kopf mit einer schweren Eisenstange erlitten; am hinteren Theile des Seitenwandbeines war thatsächlich eine gegen die Schuppe des Hinterhauptbeines hinziehende quere Impression am Schädel sichtbar. Auch dieser Patient war auf der betroffenen Seite vollständig taub für Uhr, Sprache und Stimmgabel. Weber nach links. Schwanken bei geschlossenen Augen.

Surdomutitas.

52 Fälle; 30 M. + 23 W. 28 Fälle waren nach Infectionskrankheiten entstanden, die übrigen angeboren. Unter den Infectionskrankheiten steht Meningitis obenan; 15mal war die Taubstummheit in Folge von Hirnhautentzündung eingetreten. 5mal war Scarlatina die Ursache; dabei immer beiderseitige totale Destruction des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. Nach Typhus wurde 2mal, nach Influenza 1mal, nach einer „fieberhaften

Digitized by Google

Erkrankung“ 2mal, nach Keuchhusten 1mal, nach Masern 2mal Taubstummheit beobachtet. In mehreren Fällen wurde eine Behandlung mit Resorbentien (auch mit P.locarpin-Injectionen) ohne irgend welchen Erfolg versucht.

Lässt sich das Microphon zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden? Von Dr. med. Victor Lange, Ohrenarzt in Kopenhagen. (Deutsche medic. Wochenschr. 1892, No. 15.)

Anregung zu diesem Aufsatze gab die von Baron Léon von Lenval ausgesetzte Preisausschreibung *) von 3000 Frcs. für das beste nach dem Principe des Microphones construirte und bequem zu tragende Instrument zur Verbesserung des Hörvermögens bei Schwerhörigen. In der Hoffnung, auf die Durchführbarkeit der gestellten Aufgabe machte sich Verf. an die Arbeit, kam aber zu einem negativen Resultate, welches er nun veröffentlicht, um entweder Mittheilungen über etwa gelungene Versuche zu veranlassen — welche bisher noch ausstehen — oder aber die Collegen vor Vergeudung von Arbeit und Geld auf diese aussichtslose Arbeit zu warnen.

Das Wesen des Microphones sieht Verfasser, der Definition von Hughes folgend, in dem Vorhandensein eines Leiters, dessen Widerstand sich in genauer Uebereinstimmung mit Schallschwingungen zu ändern vermag, wozu sich besonders leitende Körper in Pulver- oder Flächenform eignen, die durch gelinden Druck in Contact gebracht werden.

Bezüglich der Hauptfrage: ist das Microphon ein Schallverstärker oder nicht? kam Lange auf Grund vielfacher Versuche an Normalhörenden und Schwerhörigen zu dem Resultate, daß das Microphon nur ein Schallüberträger sei, jedoch kein Apparat, der Worten, Tönen oder Geräuschen erhöhte Schallstärke verleiht, wofür schon die tägliche Beobachtung, daß Leute mit etwas abgeschwächtem Hörvermögen zum Telephondienste ungeeignet sein, spricht.

Die technischen Schwierigkeiten begannen damit, daß erst ein wirklich „portatives“ Microphon zu construiren war, weil die im Handel unter diesem Namen üblichen, wenn sie beim Gebrauche in der Hand gehalten und bewegt werden, durch die unsichere Uebertragung der Schallwellen und das gleichzeitig hörbare Rasseln der beweglichen Kohlenstücke unbrauchbar werden. Endlich gelang es dem Verf., ein selbst vehementen mechanischen Insulten trotzendes Microphon zu construiren.

Die zweite Schwierigkeit bestand darin, ein portatives, nicht zu voluminöses und zu schweres Element zu finden, das einen Strom von genügender Intensität und möglichst langer Constanz liefern könnte, da häufiges Erneuern des Elementes das Instrument sehr vertheuern würde. Lange construirte ein solches sehr kleines, aber kräftiges Element, dessen Arbeit jedoch anbetracht des Zweckes von ungenügender Dauer war. Dieses Element, das erwähnte mit einem guten Schallverstärker versehene Microphon und die mit einem Telephon nach Gover verbundenen Secundärrollen hatten in einem 11—12 cm hohen und 5—6 cm breiten Kasten Platz. Der nicht zu schwere Apparat ließ sich bequem an einem Riemen am Halse tragen. Microphon und Element erwiesen sich als sehr brauchbar, freilich nur für Normalhörende, während Schwerhörige sich ausnahmslos ungünstig

*) Zeitschrift für Ohrenheilkunde XX. Bd., III. u. IV. Heft, 1890.

Digitized by Google

darüber äußerten. Das Gehör wurde durch den Apparat durchaus nicht gebessert.

Nach Ueberwindung der bedeutenden technischen Schwierigkeiten glaubt nunmehr Verfasser, daß man bei der Lösung der gestellten Aufgabe mit dem heutigen Microphonprincip nicht durchkommen kann und schließt mit der Frage an das Comité, „ob dasselbe wisse, daß die Lösung der gestellten Aufgabe auf die verlangte Weise möglich sei?“

Dr. R. Hitschmann.

Das Cocaïn bei Behandlung der acuten Ohrentzündungen. (Cocaïne in the treatment of acute inflammations of the ear). Von Dr. Julius Wolfenstein in Cleveland, Ohio. (The New-York med. Journal. November 5, 1892. p. 515)

Verfasser findet, daß durch zeitliche Anwendung des Cocaïns in den meisten Fällen sowohl die Entzündung des Trommelfells, als auch die acute Mittelohrentzündung rückgängig gemacht werden könne, so daß es garnicht zur Eiterung kommt. Ungefähr 100 Fälle von acuter Mittelohrentzündung und einige Fälle von Trommelfellentzündung, welche Verf. in den letzten 4 Jahren behandelte, lieferten das Beobachtungsmaterial, aus welchem er die obige Anschauung gewann. Er verwendet 5—6 Tropfen einer 5 %gen Lösung bei Kindern und wiederholt die Einträufelung, sobald sich der Schmerz erneuert. Bei acuter Mittelohrentzündung reiche eine 2—3 tägige Cocaïnbehandlung hin (4—5 mal tägliche Einträufelung), in sehr schweren Fällen dauere die Behandlung etwas länger und müsse auch öfters, selbst jede Stunde, das Mittel in Anwendung kommen.

Verf. schließt, mit Rücksicht auf seine guten Resultate, daß das Cocaïn nicht bloß ein schmerzstillendes Mittel sei, sondern daß es auch antiphlogistische Wirkung besitze. J.

---

b) Rhinologische:

Bemerkungen zu dem Artikel des Herrr Gleitsmann: „Ein neues und einfaches Verfahren zur Beseitigung der unangenehmen Folgezusstände nach Gebrauch der Galvanocaustik bei Hypertrophien der Nase.“ Von Dr. W. Freudenthal in New-York. (New-Yorker Medicin. Monatsschr. Januar 1892.)

F. kann die von Gleitsmann zu genanntem Zwecke empfohlene Trichloressigsäure, welche auf die cauterisirte Stelle aufgeschichtet werden soll (New-Yorker Med. Monatsschr. No. 11. 1891) nicht empfehlen, da eine Herabsetzung des Procentsatzes der den einfachen Cauterisationen in der Nase nachfolgenden Reactionserscheinungen nach seinen Erfahrungen und Untersuchungen durch die angegebene Behandlungsweise nicht zu constatiren war. Beschorner.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die graphische Darstellung der Kehlkopfbewegungen beim Sprechen und Singen. Ein kurzer Beitrag zur Lehre von der Stimmbildung. Von Dr. C. v. Krzywicki in Königsberg i. P. 1892.

K. hat einen, dem Marey'schen Shpygmographen ähnlichen, von ihm „Laryngograph" genannten Apparat construirt, vermittelst dessen er im Stande ist, das Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfs beim Sprechen und Singen (bezw. bei der Athmung) graphisch darzustellen und zu beweisen, daß den m. m. sterno-thyreoidei und thyreo-hyoidei, also jenen Muskeln, welche die Abwärts- und Aufwärtsbewegungen des Kehlkopfes hervorbringen, gleich nach denjenigen, welche die Spannung der Stimmbänder und den Glottisschluß besorgen, die zweitgrößte Wichtigkeit bei der Stimmbildung beizumessen ist, daß also die Tonhöhe abhängt von der Spannung der Stimmbänder, ihrer Länge, der Stärke des Anblasens und dem Kehlkopfstande, und daß diese sämtlichen Factoren sich gegenseitig ergänzen. K. glaubt mit Sicherheit behaupten zu können, daß bei hohen Tönen der Kehlkopf steigt, daß er bei tiefen Tönen fällt. — Den Ausführungen sind eine Anzahl Curven beigegeben, welche das Gesagte in überzeugender Weise illustriren.

Beschorner.

Ueber Kehlkopf-Strictureu. (Strictures of the larynx.) Von J. Solis-Cohen in Philadelphia.

Klinischer Vortrag über diesen Gegenstand mit ausführlicher Schilderung der jetzt üblichen Behandlungsmethoden, sowie Beschreibung und Abbildung der hierzu gebräuchlichen Instrumente.

Beschorner.

Ein sehr unregelmässig gestalteter Fremdkörper im Verdauungstractus, unter „Kartoffelkur" glücklich entleert. (A very irregular foreign body in the alimentary tract safely voided under the „potato" treatment.) Von Dr. J. Solis-Cohen in Philadelphia. (The medical news August 8. 1891).

Ein ziemlich großer sehr complicirt geformter scharfkantiger, kugelförmiger Zahnhaken wurde ca. 48 Stunden nach dem Verschlucken auf natürlichem Wege ausgestoßen. Beschorner.

Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der Influenza. (The symptomes and pathological changes in the upper airpassages in influenza.) Von J. Solis-Cohen in Philadelphia. (New-York medial Journal. March. 26. 1892.)

Autor hält die Symptome der Influenza, so weit sie sich auf die oberen Luftwege beziehen, als: Nießen, Schnupfen, Parosmie, nasale Dyspnoe, Nasenbluten, Halsschmerz, Schlingbeschwerden, Sprachstörungen, Husten, Auswurf (zeitweilig mit Blut gemischt), Stimmstörungen, Aphonie, laryngeale Dyspnoe, Glottiskrampf, — für keineswegs constant und characteristisch, vielmehr für vollkommen abhängig von dem jeweiligen endemischen Character der Krankheit und von dem Kräftezustande, der nervösen Beanlagung und den Blutcirculationsverhältnissen der einzelnen davon befallenen Individuen. Beschorner.

Digitized by Google

Eine seltene Geschwulstbildung am Halse. (Kiemenganghautauswuchs mit knorpligem Gerüst.) Von Dr. A. Grimm. (Prager Med. Wochenschrift. No. 10 1892).

3jähriger Knabe mit pilzartig von der linken Halsseite, etwa 3 cm über der articulatio sterno-clavic. abstehender, kleinkirsch-großer, $^1/_2$ cm lang gestielter Geschwulst, in welcher man eine zarte Knochenspange fühlt, welche sich noch etwa 1—$1^1/_2$ cm weit unter der Haut nach unten und innen, um den Kopfnicker herum, verfolgen ließ. G. glaubt, daß es sich bei diesem schon in den ersten Lebenstagen an dem Kinde bemerkten, damals jedoch viel kleineren Geschwülstchen um eine durch ungewöhnliche Wachsthumsvorgänge vorzeitig erfolgte Schließung der zweiten Kiemenspalte und eine dadurch entstandene Ausbuchtung und Abschnürung oder Verziehung der epidermoidalen Auskleidung der äußeren Kiemenfurche handelte, wobei ein Theil des ursprünglichen foetalen Knorpels mit in den Proceß einbezogen wurde und durch sein späteres Wachsthum sowie seine Entwickelung die Form angenommen hatte, welche wir an ihm jetzt in der Geschwulst fühlen; oder aber, daß dieser, durch einen abnormen Wachsthumsproceß von seiner Grundlage und Anlage losgelöste Knorpelkern durch seine Entwickelung und durch sein Wachsthum die epidermoidale Auskleidung der äußeren Kiemenfurche vor sich hergeschoben und zu diesem sichtbaren Hautauswuchs ausgebaucht habe. — Die von Chiari vorgenommene Untersuchung des excidirten Geschwülstchens bestätigte, daß sein anatomischer Bau vollkommen mit dem der Kiemenganghautanhänge übereinstimmt. Beschorner.

Epithelioma der Schilddrüse mit pathologisch-anatomischem Befunde. (Epithélioma du corps thyréoide examen anatomo-pathologique) von Dr. A. H. Pilliot. (Bulletin de la société anatomique de Paris u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892. No. 2.)

Das einzig Interessante ist das Verhalten der Herde, in welche interstitielle Einspritzungen von Jodtinctur gemacht worden waren: sie bildeten graue Knoten mit Ueberresten von Blutungen und ohne jedwede Krebsbildung; kein Fieber; die Umgebung dieser Knoten aber war aus lauter Epithelioma gebildet. Dr. P. K.

Cystisches Epithelioma der Schilddrüse. (Epithélioma cystique du corps thyréoide) von Dr. A. H Pilliot (ibidem).

Ein 74jähriger Mann zeigte ein Epithelioma der Thyréoidea, welches von einer Cyste umgeben war und deshalb nur langsam allgemein wurde; hier bildete das Epithelioma nur ein Endstadium wieder aufeinanderfolgender Veränderungen, ebenso wie dieses bei Epithelioma der Leber, der Niere und der Nebenniere vorkommt. Dr. P. K.

Thyréoiditis mit Pneumococcen. (Thyréoidite à pneumocoques) von Dr. Gérard Marchant. (Archives internationaux de laryngologie u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Eine 67jährige Frau hatte ihren vom 18. bis 29. Jahre bestehenden Kropf während der climacterischen Jahre verloren. Während einer Pneumonie entstand nun eine Entzündung der Schilddrüse; eine Probepunction ergab durch Cultur in Peptonbouillon und Agar-Agar Pneumococcen, welche mit Erfolg auf Mäuse übergeimpft wurden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Verhältniss des einfachen Kropfes zur Basedow'schen Krankheit (Rapports du goître simple avec la maladie de Basedow) von Dr. Brühl. (Gazette des hôpitaux u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Eine 60jährige Frau hat ein Struma seit 20 Jahren; seit 2—3 Jahren Basedowsymptome mit starker Dyspnoe. Der Kropf mit seinen Symptomen verschwand unter geeigneter Behandlung; sonst ging die Patientin an Herzcachexie zu Grunde. Verf. glaubt, man hätte sollen unter den gegebenen Verhältnissen die Thyréoidectomie ausführen. Dr. P. K.

Oesophagusfehler, Oesophagotrachealfistel. (Malformation de l'oesophage fistule oesophagotrachiale) von Dr. Grandon. (Bulletin de la société anatomique 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Die Section eines neugeborenen Kindes ergab Verschluß des Oesophagus in der Höhe der Cartilago cricoidea; dann folgte ein Strang ohne Communication mit dem Pharynx; eine Einspritzung in das Cardialende des Oesophagus ergab eine Fistel in die Trachea. Dr. P. K.

Oesophagus von einer Nadel durchstochen. Tod durch Eiterinfection. (Oesophage perforé par une épingle. Mort par insertion purulente) von Dr. Dagron. (Bulletin de la société anatomique und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

6 Wochen nach dem Unfall spürte Patientin Schmerz und Schüttelfrost; die Eröffnung der sich bildenden Abscesse half nicht. Nach 6 Tagen starb Patientin und die Section ergab eine Stahlnadel, welche den Oesophagus und eine peritracheale Lymphdrüse quer durchstochen hate; letztere war in Eiterung übergegangen. Dr. P. K.

Aprosonie und Kopfschmerz bei den Schülern. (Aprosonie et cephalalgie chez les écoliers) von Dr. Guye. (7. Congress international d'hygiène Londres 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Gestützt auf seine früheren Arbeiten über dieses Thema bringt Verf. zwei Krankengeschichten, wo geistig zurückgebliebene Kinder nach der Exstirpation der Mandeln und der adenoiden Vegetationen intelligent wurden. Er stimmt Raulin bei, welcher die Dringlichkeit der Untersuchung der Schüler bei ihrer Aufnahme und während ihrer Studienzeit betont.

Dr. P. K.

Clonische Pharynxkrämpfe; hysterische Aërophagie. (Spasmes cloniques du pharynx; aërophagie hystérique) von Dr. Aouseret. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1892 No. 2.)

40—60 Pharynxcontractionen in der Minute mit Luftschlucken; Luftaufstossen mit Erleichterung; daß wirklich Luftschlucken vorhanden war, konnte man durch die Auscultation des Oesophagus hören: das Aufstoßen ließ keine Verdauungsgase, sondern ganz einfach Luft constatiren.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von primärer Larynxtuberculose. (Note sur un cas de tuberculose primitive du larynx.) Von Dr. Trekaki. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1892. Nr. 2.)

V. kommt zu folgenden Schlüssen: Die primäre Larynxtuberculose besteht unzweifelhaft: dabei sind natürlich Trachea und Lungen der sehr

Digitized by Google

großen Infectionsgefahr ausgesetzt; dann das Vorhandensein im Larynx eines tuberculosen Tumors auf syphilitischem Boden bei intacten Lungen, also große Schwierigkeit der Diagnose; sogar die histologische Differentialdiagnose zwischen tuberculosem und specifischem Tumor ist schwer. Man soll frühzeitig genug die Tracheotomie ausüben. Dr. P. K.

Diphtherie und Creosot. Preventivbehandlung der Bronchopneumonie bei Tracheotomie. (Diphthérie et créosote. Medication préventive de la bronchopneumonie après la trachéotomie.) Von Dr. Soupault. (Revue des maladies de l'enfance und annales des maladies de l'oreile et du larynx 1892 No. 2).

V. rühmt das Creosot als Preventivbehandlung: man soll es frühzeitig anwenden; die Mischung besteht in Glycerin 500, rhum. 100, creosot. fagi 10, also 0,3 Creosot auf einen Eßlöffel Flüssigkeit, wovon die Kinder 2—6 Eßlöffel per Tag nehmen sollen. Dr. P. K.

Taubendiphtheritis. (Diphthérie du pigeon.) Von Dr. Mégnin. (Société de biologie Séance du Juillet 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Einem Züchter starben alle jungen Tauben an Oesophagusdiphtheritis; die Eltern, beim Ernähren ihrer Jungen, mischten die Samenkörner mit ihrem Speichel, welcher aus kleinen follikelähnlichen Knoten längs des Oesophagus herstammte; diese vermeintlichen Follikel waren, den Diphtheritisbacillus enthaltende, Knoten der Schleimhaut; dabei schienen diese Eltern gesund zu sein. Die Eltern sind also mit den Jungen zu zerstören. Dr. P. K.

Der Soorschwamm. (Le champignon du muguet.) Von Dr. Achalme. (Gazette des hôpitaux und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Die Ansichten von Robin und Gubler sind widerlegt. Das practisch Wichtige in der gediegenen Arbeit ist, daß der Schwamm absolut Sauerstoff braucht, daß der Nährboden nicht nothwendigerweise sauer sein muß, daß alcalischer Boden ihm viel günstiger ist, daß er sich besonders bei schlechtem Allgemeinbefinden entwickelt, daß er in jedem menschlichen Organ (sogar den Nieren) vorkommen kann und daß Alcalien zu seiner Zerstörung nicht sollen angewandt werden. Am besten wirken Bromsäure und Sublimat. Dr. P. K.

Vorläufige Bemerkungen über den physiologischen Effect des Saftes der Schilddrüse. (Note préliminaire sur les effets physiologiques de l'extrait de la glande thyréoide.) Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie Avril 1892 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Bei nicht operirten Thieren wirkt die Einspritzung nicht, während bei Thieren, denen vorher die Schilddrüse exstirpirt wurde, durch eine Injection des genannten Saftes die Folgezustände der Operation (wankender Gang, Muskelcontraction, Polypnoe) gleich verschwanden, um nach 24 Stunden wieder zu entstehen und nach einer abermaligen Einspritzung wieder zu verschwinden. Man darf nicht zu lange mit den Einspritzungen warten und kann man Schilddrüsensaft von anderer Thiergattung nehmen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Giftigkeit des Urins bei thyréoidectomirten Hunden; Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. (Sur la toxinité des urines des chiens thyréoidectomisés: contribution à l'étude des fonctions du corps thyréoide). Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Die Giftigkeit fand V. nicht so entwickelt wie Laulancé behauptet. Jedenfalls entsteht selbe nur allmählich und glaubt V., daß sie besonders Folge der durch die Operation gesetzten Magenstörungen ist. V. vergleicht die erzielte Wirkung mit derjenigen, welche man mit Einspritzung mittelst Urin von hungernden Thieren erlangt.

Dr. P. K.

Neue Facta, welche zur Bestimmung der Rolle der Schilddrüse dienen. (Nauveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle du corps thyréoide.) Von Dr. Laulancé. (Bulletin de la société de biologie Mai 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

V., die Theorie der Folgen der Thyréoidectomie erklärend, verwirft die vasomotorische nebst der haematopatischen Theorie und nimmt die sogenannte secretorische Theorie an; er glaubt an eine Blutvergiftung, welche durch die Injectionen von Urin vor und nach der Operation bewiesen sei. Die Gallenexsorption (die Intestinalwege sind mit Galle überfüllt), die Zerstörung der Leberzellen, die fettige Degeneration der Medullasubstanz der Nieren scheinen V. eine Hauptrolle dabei zu spielen.

Dr. P. K.

Unschädlichkeit der Exstirpation der Schilddrüse und Ursache der schlimmen Folgen der Thyréoidectomie. (Innocuité de l'ablation du corps thyréoide et de la cause des accidents graves de la thyréoidectomie.) Von Dr. Arthaud und Dr. Magori. (Bulletin de la société de biologie Juillet 1991 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Experimente auf 7 Thieren (4 Hunden, 2 Kaninchen, 1 Meerschweinchen) ausgeführt; bei den 4 nach der Operation gestorbenen (3 Hunden, 1 Kaninchen) waren große Zerstörungen an dem in Eiter gebadeten Vagus zu bemerken; bei denen, wo diese Verhältnisse nicht obwalteten, kamen keine Folgen vor; sie leben noch.

Dr. P. K.

Experimente über doppelte Thyréoidectomie. (Expériments de la thyréoidectomie double.) Von Dr. Juniquaud. (Bulletin de la société de biologie Juillet 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

11 Hunde wurden operirt; 9 überlebten 4 bis 23 Tage, 2 überlebten 4 bis 18 Monate; die beiden letzten starben ohne die characteristischen Folgen der Operation zu zeigen; die anderen hatten verschiedene im Original genau beschriebene Complicationen.

Dr. P. K.

Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. (Effets de l'extirpation du corps thyréoide.) Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie 1891 Juillet und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

V. bekämpft die Ansichten der obengenannten Autoren: die Theorie

Digitized by Google

der Mitleidenschaft des Recurrens zu dem Vagus ist schon bestritten und durch frühere Autoren widerlegt worden. Bei den Experimenten von Juniquaud fehlen die Untersuchungen der accessorischen Schilddrüsen.

Dr. P. K.

Ein neues Symptom der Larynxlähmungen. (Sur un nouveau symptôme des paralysies laryngienues.) Von Dr. Fauvel. (Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Auf 50 Beobachtungen gestützt, giebt V. den eigenthümlichen Hauch des Athems bei Larynxparalysen als pathognomisches Zeichen der Krankheit; für den Laryngoscopiker hat es zwar wenig Bedeutung, da derselbe sich des Larynxspiegels mit Erfolg bedient, für den Praktiker aber ist es ein ebenso werthvolles Symptom wie der anthrax, die angina sicca, der herpes praeputialis bei Diabetes mellitus, es sind. Die Ursache der Lähmung ist ohne Einfluß, nur muß letztere schon eine Zeit lang bestanden haben; die anderen so mannigfachen Ursachen des übelriechenden Athems konnten in allen Fällen ausgeschlossen werden. Die Art des Geruches ist schwer zu nenneu, V. nennnt ihn „Knoblauchgeruch"; man braucht ihn blos einmal gerochen zu haben, um ihn immer zu erkennen; die Kranken riechen ihn nicht. V. sucht die Ursache in dem verhinderten Auswurf der Larynxsecrete. Bacteriologische Untersuchungen fehlen. V. räth 2mal täglich während 5 Minuten Inhalationen von Wasser (500), aqua laurocerasi (5), acid. carbolic. (0,50) oder acid. thymicum (2); innerlich Jodkalium in großen Dosen. Electricität hilft nicht.

Dr. P. K.

Ueber eine neue Syphilisbehandlung und speciell der schweren Nasensyphilis durch combinirte Anwendung des Jodkalium, des Jodnatrium und des Jodammonium. Vorzüge dieser Behandlung und Erklärung der Wirkung. (Sur un nouveau mode de traitement de la syphilis et en particulier de la syphilis grâve des fosses nasales, par l'administration combinée de jodium de potassium, de jodium et d'ammonium. Avantage de ce procédé et explication de son succès.) Von Dr. Darzens. (Société française de laryngologie Mai 1892 u. Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Bei manchen Patienten scheidet sich das Jodkalium zu rasch durch den Urin aus; auch Jodnatrium und Jodammonium werden noch rascher durch den Urin ausgeschieden; giebt man nun eine Mischung dieser drei Substanzen, so bleibt das Jodkalium länger im Blut und kann seine Wirkung entfalten. Fälle, wo das Jodkalium unwirksam blieb, heilten durch die Polyjoduretes. Die Formel ist folgende: Jodkalium, Jodnatrium, Jodammonium ȧȧ 15,0, Hydrargirum bijodatum 0,05, Aqua 300,0 2mal täglich 2 Eßlöffel. Man kann die Wirkung ganz gut durch die Harnanalyse überwachen; wir sehen ja dieselbe günstige Wirkung bei Anwendung der Polybromurete.

Dr. P. K.

Fall von infectiöser Angina. (Un cas d'angina infectieuse.) Von Dr Ferras. (Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Scheinbar leichte Angina, jedoch schweres Allgemeinleiden, Rückenschmerzen, rother Fleckenausschlag, doppelseitige Kniegelenkentzündung,

Digitized by Google

Schwellung der Inguinaldrüsen und des Scrotums, Oedem der Hände, Knöchel und Füße, allgemeine Muskelschmerzen, Endocarditis. Man soll also jede Angina mit antiseptischen Inhalationen und mit Campfernaphtol-Berieselungen, innerlich mit täglich 4 Gramm schwefelsaurem Natron behandeln. Dr. P. K.

Behandlung der Ganglientuberculose durch die sclerogene Methode. (Traitement de la tuberculose ganglionnaire par la méthode sclérogène.) Von Dr. Moncorvo. (Societé de thérapeutique. Juillet 1892 und semaine médicale 1892 Nr. 39).

Bei einem an Larynxtuberculose leidenden 11jährigen Mädchen wurden die von Lannelongue angerathenen Marznikinjectionen in die sehr angeschwollenen Submaxillarlymphdrüsen gemacht; der Allgemeinzustand besserte sich und die Lymphdrüsen nahmen sichtlich ab.

Dr. P. K.

Urticaria des Halses. (Urticaire de la gorge.) Von Dr. Laveran. (Bulletin de la société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Ein 30jähriger der Hauturticaria unterworfener Mann zeigt beim Erwachen Dysphagie, Zischen, Mandeln sehr angeschwollen, Urticaria-Bläschen auf der Zunge und auf der Haut. Schneller und gutartiger Verlauf. Sie tritt oft nach dem Genuß von Muscheln auf.

Dr. P. K.

Angina mit Streptococcen, Eitersenkung hinter Pharynx und Oesophagus. Eintritt in die rechte Pleurahöhle, eitrige Pleuritis, Empyem, Tod. (Angine streptococcique, fusée purulente rétropharyngo-oesophagienne, s'ouvrant dans la plèvre droite, pleurésie purulente, empyem, mort.) Von Dr. V. Hanot. (Bullentin de la société médicale de Paris und Annales des maladies de l'oreille 1892 No. 2)

Eine 19jährige Frau starb in der achten Woche der Erkrankung an den oben genannten Symptomen. Auffallenderweise war der Larynx frei geblieben. Dr. P. K.

Stecknadel im Larynx. (Epingle dans le larynx) von Dr. H. Hooper. (Journal of laryngol. and rhinologie 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Eine Stecknadel befand sich im Internum arytaenoideum festgesteckt, während ihr Kopf in den vorderen Commissur oberhalb der Stimmbänder sich befand. Endolaryngeale Extraction, jedoch mit Gewalt. Die nachfolgende Heiserkeit und Schlingbeschwerden schwanden allmählich.

Dr. P. K.

Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. (Retention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans) von Dr. Ravenel. (Journal of laryngologie and Rhinologie 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Bei einem 7jährigen Kinde war eine Stecknadel in den Larynx gefallen. Nach 38 Jahren wurde sie während eines Hustenstoßes ausgeworfen. Laryngoscopisch konnte man jetzt zwei gegenüberstehende Geschwüre an

Digitized by Google

den hinteren Enden beider Taschenbänder nachweisen. Diese Geschwüre, das Fehlen aller Brustsymptome während 38 Jahren, sowie die während dieser ganzen Zeit fortbestehenden Larynxsymptome lassen darauf schließen, daß die Stecknadel während 38 Jahren an der durch die Geschwüre bezeichneten Stelle festsaß. Dr. P. K.

Tracheotomie wegen Syphilis bei einem Sterbenden. (Trachéotomie chez un mourant à cause de syphilis du larynx) von Dr. Rostoshinsky. (Journal of laryngology and rhinologie 1891 No. 9 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 34jähriger Bauer, seit 3 Jahren syphilitisch, musste wegen plötzlich eintretender Erstickungsgefahr operirt werden. Canüle bleibend. Dr. P. K.

Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. (Tuberculose des ganglions retropharyngiens) von Dr. Sokolow. (Journal of laryng. and rhinol. 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Aeußerst selten, Verf. beschreibt 2 Beispiele. Die Krankheit sieht den retropharyngealen Abscessen ähnlich und unterscheidet sich aber von denselben durch tuberculose Anschwellung der Halslymphdrüsen derselben Seite, durch die Persistenz und endlich dadurch, daß nur die Incision und Punction die Geschwulst zu vermindern vermögen. Dr. P. K.

Gaumengeschwulst. (Tumeur du palais) von Dr. Page. (Journal of laryngol. and Rhinol. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Hühnerei großer, in zwei Jahren entstandener harter, nicht ulcerirender zwischen den Arcus sitzender, nach unten nicht begrenzter Tumor. Tracheotomie und Enucleation mit den Fingern. Nach vier Jahren noch kein Recidiv. Adenom mit spitzen Zellen in seinen Zwischenräumen. Dr. P. K.

Sublinguales congenitales Lipom. (Lipôme souslingual congénital) von Dr. Zander. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 6 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 3jähriger Knabe zeigte einen apfelgroßen, den ganzen Mund einnehmenden, vom Mundboden und von der Zunge ausgehenden Tumor. Schleimhaut normal, leicht beweglich. Enucleation und Heilung. Es handelte sich um Fibrolipom. Dr. P. K.

Speiseröhrenkrebs die Aorta durchbohrend. (Cas de Cancer de l'oesophage perforant l'aorte) von Dr. Kholshewniskoff. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 56jähriger mit Oesophagus-Carcinom behafteter Mann starb plötzlich. 8 Centimeter über der Cardia bestand eine 6 Centimeter lange Verklebung mit der Aorta; hier bestand eine 1 Centimeter große Communication mit der Aorta thoracica. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper des Oesophagus die Aorta durchbohrend. (Corps étranger de l'oesophage perforant l'aorte) von Dr. Chencinaki. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 3 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Verschlucken eines Knochenstückes; verschiedene Anfälle von Blutsturz mit Blutentleerung durch den Darm; der letzte Anfall tödtlich. Der Knochen befand sich an der Theilungsstelle der Trachea; an dieser Stelle gewahrte man zwei Geschwüre, deren eines in die Aorta thoracica mündete. Dr. P. K.

Oesophagus-Diverticulum. (Diverticulum de l'oesophage) von Dr. Chavasse. (Journal of laryngol. and rhinolog. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 49jähriger sehr heruntergekommener Mann, welcher seit mehr als 10 Jahren an Dysphagie litt, unterwarf sich der Gastrotomie. Zwei Jahre später Tod an Pneumonie und Erschöpfung. Im Oesophagus in der Höhe der cartilagines Arytaenoideae ein 4 Zoll tiefes, 3⅛ Zoll breites und 2½ Zoll dickes Diverticulum, welches 6 Unzen Flüssigkeit enthalten konnte. Die Wände waren so dick, wie die des Oesophagus, Mucosa normal, Fehlen der Muskelschichten. Das letztere bestätigt die Ansicht von Zenker und v. Ziemssen, nämlich, daß diese an der hinteren Oesophagusseite gelegenen Divertikel durch Druck entstehen und nicht angeboren sind. Dr. P. K.

Bösartiger Oesophagus-Tumor mit Perforation der Trachea und der Bronchien. Tod. (Affection maligne de l'oesophage avec perforation de la trachée et des bronches. Mort.) par Dr. Hunter Makenzie. (Journal of laryngol. and rhinolog. 1892 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Oesaphagusverengerung. Tod durch Inaanition und Larynxparalyse. Perforation des Oesophagus in den linken Bronchus, etwas höher Perforation in die Trachea. Die Grundkrankheit hatte den schnellen Verlauf von 4½ Monaten. Dr. P. K.

Dilatationsspeculum für die Stimmbänder und Epiglottisaufrichter für endolaryngeale und subglottische Operationen. (Speculum dilatateur des cordes vocales et élevateur de l'épiglotte pour les opérations endolaryngiennes et sousglottiques.) Von Dr. Ignace Dionisio. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 4).

Beschreibung und Illustration des Instrumentes, welches selbst nach den Aussagen des Autors noch Verbesserungen bedarf.

Dr. P. K.

Ueber den Productionsmodus der menschlichen Stimme. (Sur le mode de production de la voix humaine.) Von Dr. Imbert. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 5).

Die Functionen der eigentlichen Stimmmuskeln, namentlich der des inneren Bündels des Thyreoarythaenoideeus internums sind noch nicht genau bestimmt. V. sich auf seine früheren Experimente über die Bildung der Knotenpunkte und schmiegenden Membranen stützend, will durch seine neuen Experimente beweisen, daß es besonders der freie Stand der Stimmbänder, also die lockere Larynxmucosa ist, welche den Ton hervorbringt,

Digitized by Google

während der innere Theil des Musculus thyreoarythaenoideus nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die dunkel dargestelle Beweisführung überzeugt den Leser nur mittelmäßig von ihrer Richtigkeit.

Dr. P. K.

Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen Larynxpapillome beim Kinde nach einer neuen Methode, nämlich durch die Intubation mit einer gefensterten Röhre. (Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du Larynx chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle méthode d'intubation avec un tube fenêtré.) Von Dr. Lichtwitz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 5).

Nach genau gestellter laryngoscopischer Diagnose kann die Methode die Laryngofissur in den meisten Fällen ersetzen. Sie besteht in der Rouchut-O'Dwyer'schen Intubation, nur hat das Röhrchen eine dem Sitze und der Größe der Neubildung entsprechende Oeffnung, durch welche die Neubildung nach dem Einlegen des Röhrchens in das Innere desselben hineinragt; man kann nun unter Leitung des Laryngoscopes mit einem beliebigen Instrumente die so gefaßte Neubildung entfernen. V. hat auf einem $5^1/_2$jährigen Kinde die Methode mit Erfolg erprobt.

Dr. P. K.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Drucf. schriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Pro-Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro **Druck**. bogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Berichtigungen.

Durch Unvorsichtigkeit des Setzers sind in der letzten Nummer dieser Monatsschrift eine Reihe von Druckfehlern enthalten, die wir hiermit berichtigen. Es soll heißen:

Seite	322	Zeile	14	von	unten	statt: corticalen: „cervicalen“.
„	„	„	4	„	„	„ Blutnase: „Blutstase“.
„	323	„	23	„	oben	„ das aber: „die aber“.
„	324	„	15	„	„	„ inbesondere: „insbesondere“.
„	„	„	17	„	„	„ Sugilat: „Sugillat“.
„	„	„	14	„	unten	„ des Halswirbelkörpers: des **5.** Halswirbelkörpers.
„	„	„	13	„	„	„ corespondirte: „correspondirte“.
„	325	„	12	„	oben	„ hervorgerufenen: „hervorgerufene“.
„	„	„	16	„	unten	„ bestehenden: „bestehender“.
„	„	„	15	„	„	„ laryngoscope: „laryngoscopische“.
„	„	„	2	„	„	„ Naltenius: „Noltenius“.
„	326	„	17	„	„	„ Zumen: „Lacunen“.
„	„	„	11	„	„	„ Mandellocalisation: „Mandel localisirten“.
„	„	„	3	„	„	„ 1891: „1892“.
„	327	„	9	„	oben	„ Halz: „Holz“.
„	„	„	14	„	„	„ neologische: „motorische“.
„	„	„	15	„	„	„ welche letztere Lähmung etc.: „welch letztere sich auch in der Mundhöhle etc.“.
„	„	„	23	„	„	„ Centralnervensystens: „Centralnervensystems“.
„	„	„	5	„	unten	„ nimmt: „einnimmt“.

Digitized by Google

In der letzten Nummer soll es S. 327 in dem Referate von Dr. Lublinski überall statt „Diphterie“ heißen Diphtherie.

In No. 10 dieser Monatsschrift p. 290, erste Zeile von oben soll es heißen statt Hand Haut; — p. 294, 24. Zeile von oben statt Baebel Koebel; — p. 295, 9. Zeile von oben statt Muhulier Mikulicz.

In No. 7 dieser Monatsschrift soll es heißen Sedzcak statt Sendziak.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. — Weil: Ueber Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss). — Lange: Lässt sich das Microphon zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden. — Wolfenstein: Das Cocain bei Behandlung der acuten Ohrenentzündungen. — b) Rhinologische: Freudenthal: Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Gleitsmann: „Ein neues und einfaches Verfahren zur Beseitigung der unangenehmen Folgezustände nach Gebrauch der Galvanocaustik bei Hypertrophien der Nase.“ — c) Pharyngo-laryngologische: Krzywicki: Ueber die graphische Darstellung der Kehlkopfbewegungen beim Sprechen und Singen. — Solis-Cohen: Ueber Kehlkopf-Stricturen. — Ein sehr unregelmässig gestalteter Fremdkörper im Verdauungstractus, unter „Kartoffelkur“ glücklich entleert. — Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der Influenza. — Grimm: Seltene Geschwulstbildung am Halse. — Pilliot: Epithelioma der Schilddrüse. — Cystisches Epithelioma der Schilddrüse. — Marchant: Thyréoiditis mit Pneumococcen. — Brühl: Verhältniss des einfachen Kropfes zur Basedowschen Krankheit. — Granden: Oesophagotrachealfistel. — Dagren: Oesophagus von einer Nadel durchstochen. — Guye: Apresenie und Kopfschmerz bei den Schülern. — Aouseret: Clonische Pharynx-Krämpfe. — Trekaki: Fall von primärer Larynxtuberculose. — Soupault: Diphtherie und Creosot. — Megnin: Taubendiphtheritis. — Achalme: Der Soorschwamm. — Gley: Ueber den physiologischen Effect des Saftes der Schilddrüse. — Giftigkeit des Urins bei thyréoidectomirten Hunden. — Laulancé: Neue Facta zur Bestimmung der Rolle der Schilddrüse. — Arthaud und Magori: Unschädlichkeit der Exstirpation der Schilddrüse und Ursache der schlimmen Folgen der Thyréoidectomie. — Juniquaud: Experimente über doppelte Thyréoidectomie. — Gley: Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. — Faurel: Ein neues Symptom der Larynx-Lähmungen. — Darzens: Ueber eine neue Syphilisbehandlung und speciell der schweren Nasensyphilis durch combinirte Anwendung des Jodkalium, des Jodnatrium und des Jodammonium. Vorzüge dieser Behandlung und Erklärung der Wirkung. — Ferras: Fall von infectiöser Angina. — Moncorvo: Behandlung der Ganglientuberculose durch die sclerogene Methode. — Laveran: Urticaria des Halses. — Hanot: Angina mit Streptococcen, Eitersenkung hinter Pharynx und Oesophagus. Eintritt in die rechte Pleurahöhle, eitrige Pleuritis, Empyem, Tod. — Hooper: Stecknadel im Larynx. — Ravenel: Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. — Rostoshinski: Tracheotomie wegen Syphilis bei einem Sterbenden. — Sokolow: Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. — Page: Gaumengeschwulst. — Zander: Sublinguales congenitales Lipom. — Kholshewniskoff: Speiseröhrenkrebs die Aorta durchbrechend. — Chencinaki: Fremdkörper des Oesophagus die Aorta durchbohrend. — Cavasse: Oesophagus-Diverticulum. — Hunter-Makenzie: Bösartiger Oesophagustumor mit Perforation der Trachea und der Bronchien. — Dionisio: Dilatationsspeculum für die Stimmbänder und Epiglottisaufrichter für eudolaryngeale und subglottische Operationen. — Imbert: Ueber den Productionsmodus der menschlichen Stimme. — Lichtwitz: Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen Larynxpapillome beim Kinde durch die Intubation mit einer gefensterten Röhre. — Berichtigungen.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 58.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google